



**Catarina Isabel
Geraldo
Borges**

**Supervisão de Estudantes de Enfermagem em
Ensino Clínico: Que Parcerias?**



**Catarina Isabel
Geraldo
Borges**

Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Costa, Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro e co-orientação científica do Professor Doutor Wilson Abreu, professor coordenador com agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto e agregado em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro.

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só se tornou possível com a colaboração de algumas pessoas a quem queremos expressar um profundo agradecimento:

À Professora Doutora Nilza Costa, pela orientação, pelo apoio e pelas reflexões enriquecedoras.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela pertinência das sugestões e partilha de saber científico com que co-orientou este trabalho.

A todos aqueles que, de uma forma mais ou menos directa, possibilitaram e incentivaram a realização deste estudo com especial destaque para os enfermeiros tutores entrevistados, pela preciosa colaboração e experiência partilhada.

Aos meus amigos pelo apoio nos momentos difíceis.

Ao meu pai, em tom de dedicatória, pelo incentivo ao meu crescimento e desenvolvimento global.

“Não podemos escolher as coisas que nos acontecem; mas podemos escolher a atitude a tomar perante as coisas que nos acontecem.”

Alfred Montapert

o júri

Presidente

Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro.

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
Professora Catedrática da Universidade de Aveiro. (Orientadora)

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. (Co-Orientador)

Doutora Ana Paula Morais de Carvalho Macedo
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian da Universidade do Minho.

palavras-chave

supervisão, ensino clínico, formação, tutores, parcerias.

Resumo

O presente estudo enquadra-se na área da Supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. As suas principais preocupações centram-se nas vivências e representações dos respectivos enfermeiros tutores no decorrer deste processo, em particular no que diz respeito às parcerias.

É um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa e encontra-se organizado em duas partes que se complementam. Na primeira parte é realizado um enquadramento teórico da problemática em estudo englobando uma revisão da literatura sobre a formação e aprendizagem em ensino clínico, a supervisão da aprendizagem clínica e a parceria como suporte da formação. Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada realizada a doze enfermeiros tutores de um mesmo hospital onde decorrem ensinos clínicos de enfermagem. Após a transcrição daquelas procedemos à análise dos dados com o apoio do programa ATLAS.ti 5.0. Desta análise emergiram as seguintes áreas temáticas: representações e vivências dos tutores relativamente ao processo de supervisão em ensino clínico; a articulação entre as componentes curricular e prática; desenvolvimento de competências em ensino clínico; valorizações dos supervisores; a prática da organização dos ensinos clínicos; intervenção dos diferentes actores; parcerias institucionais na supervisão dos ensinos clínicos.

Os resultados obtidos sugerem que, na opinião dos tutores, a supervisão em ensino clínico é um processo enriquecedor, instigador de desafios pessoais e profissionais, ao qual apontam, contudo, inúmeras falhas que vão desde a falta de comunicação entre os intervenientes no mesmo, à escassez de formação proporcionada aos tutores. Segundo os mesmos, os estudantes apesar de valorizarem os conteúdos práticos, apresentam dificuldade em transpor os conhecimentos que detêm para a prática. São referidas as competências valorizadas pelos tutores assim como as estratégias que os mesmos utilizam para o seu desenvolvimento. A criação de parcerias é apontada como uma alternativa na melhoria de todo o processo superviso. A par desta análise crítica são partilhadas visões próprias e apresentadas sugestões como por exemplo investigações conjuntas envolvendo profissionais das escolas e das instituições de saúde.

Keywords

Supervision, clinical learning, training, tutorial nurses, partnerships.

Abstract

The following study is an overseeing about the development of nursing students in clinical training. Their main concerns focus on the experiences and representations of nurses, their tutors during this process, particularly with regard to partnerships.

It is a descriptive study with a qualitative approach and is structured in two parts that complement each other. In the first part it is accomplished a literature review regarding training and learning within the clinical teaching, the supervision of the clinical learning and partnership as a support of training.

In the second part, information was collected throughout a semi-structured interview done to twelve tutorial nurses of the same hospital where clinical teaching of nursing is taking place. After the interviews transcription, all information was evaluated with the help of the program Atlas.ti ver.5.0.

This study enhances themes such as: representations and experiences lived by the tutors with reference to the process of supervision in clinical studies; an interaction between the curricular and practical components; the development of skills within the clinical teaching; the ranking of supervisors; the accomplishment to organize the clinical teaching; the involvement of the different participants; institutional partnership in the supervision of clinical teaching.

Results suggest that, according to the tutor's opinion, clinical practice supervision is a very enriching process that enhances personal and professional qualities, however, several gaps were verified, such as lack of communication between the elements involved, and insufficient training provided to the tutors. According to them, despite the fact that students value the practical contents, they show difficulties transposing theory into practice.

These skills are valued by tutors as well as the strategies that they use for their development. The creation of partnerships is highlighted as an alternative in the improvement of all the supervisory process. Alongside in this review is included shared own views and suggestions such as joint investigations involving both school and health institutions professionals.

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1- FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM CLÍNICA	17
1.1 – Natureza da formação em enfermagem	18
1.2 – O contexto clínico em análise	22
1.3 – Aprendizagem em contexto clínico	27
2 – SUPERVISÃO DA APRENDIZAGEM CLÍNICA	35
2.1 – Conceitos de supervisão e processos supervisivos	36
2.2 – <i>Mentorship</i> : o processo de acompanhamento clínico	38
2.3 – Intervenção do tutor: formação e acompanhamento	41
3 – A PARCERIA COMO SUPORTE PARA A FORMAÇÃO	51
3.1 – Colaboração e parceria: partilha de responsabilidades	52
3.2 – Contextos de parceria: actores e processos	57
3.3 – As parcerias como espaço de mudanças estratégicas	62
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO	69
2 – METODOLOGIA	73
2.1 – Tipo de Estudo	73
2.2 – Participantes no Estudo	74
2.3 – Estratégias de colheita e análise dos dados	75

3 – PARCERIAS NA SUPERVISÃO – ANÁLISE DE CAMPO	81
3.1 – Os nossos participantes	81
3.2 – Representações e vivências dos tutores relativamente ao processo de supervisão em ensino clínico	84
3.3 - A articulação entre as componentes curricular e prática	90
3.4 – Desenvolvimento de competências em ensino clínico: valorizações dos supervisores	96
3.5 – A prática da organização dos ensinos clínicos: Intervenção dos diferentes actores	100
3.6 – Parcerias institucionais na supervisão dos ensinos clínicos	103
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	109
CONCLUSÃO	121

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados:

 Guião das entrevistas

Anexo II – Pedido de autorização para a colheita de dados e respectiva

 Autorização

Anexo III – Quadro de análise global dos dados colhidos

ÍNDICE DE TABELAS

- TABELA 1 – Caracterização dos participantes no estudo
- TABELA 2 – Categorização referente às representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em EC
- TABELA 3 – Categorização relativa à articulação entre as componentes curricular e prática
- TABELA 4 – Categorização relativa às valorizações dos supervisores no que concerne ao desenvolvimento de competências em ensino clínico
- TABELA 5 – Categorização relativa à intervenção dos diferentes actores na organização dos EC
- TABELA 6 – Categorização relativa às parcerias institucionais na supervisão dos EC

SIGLAS

Cont.	–	Continuação
EC	–	Ensino Clínico
Enf.	–	Enfermagem
Enf.º	–	Enfermeiro
ESE	–	Escola(s) Superior(es) de Enfermagem
Grad.	–	Graduação
HUC	–	Hospitais da Universidade de Coimbra
IS	–	Instituição de Saúde
Lic.	–	Licenciatura
MC	–	Médico- cirúrgica
Sup.	–	Supervisão

INTRODUÇÃO

Temos assistido nas últimas décadas a inúmeras transformações científicas, tecnológicas, económicas e políticas nas diferentes áreas socioeconómicas, com repercussão nas políticas de saúde implementadas nos mais diversos contextos, nomeadamente na emergência do debate sobre a supervisão, enquanto processo de promoção da qualidade e formação em contexto de trabalho.

Todas estas transformações, próprias de uma sociedade em permanente mutação, obrigam a uma constante readaptação. A enfermagem não é excepção, muito pelo contrário, a sua trajectória identitária tem-se transformado *“num processo contingente e estratégico em que se destacam (...), a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros”* (Abreu 1997: 149).

Uma formação que se reduza à transmissão de saberes não envolve o estudante no processo formativo e desfavorece a produção de conhecimento. Actualmente a questão coloca-se na produção de dinâmicas de mudança que ponham em causa as relações dos profissionais com o saber e com o exercício profissional, confrontando a formação e as técnicas formativas com problema de como preparar hoje o profissional de amanhã (Alarcão, 2005; Belo, 2003; Sá-Chaves, 2007).

A formação em enfermagem, nomeadamente a formação inicial, tem uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter clínico da profissão, daí que as mudanças ocorridas nesta área sejam reflexo da sociedade em geral. A articulação entre a teoria e a prática, acompanhada da devida reflexão, potencia o saber profissional. O ensino clínico, considerado por muitos a essência da aprendizagem do aluno e por isso o cerne da formação em enfermagem, tem estado também sujeito a permanentes transformações que conduzem à necessidade de pensar e repensar o processo formativo. Ao promover o aprofundamento conceptual através do contacto do aluno com as práticas reais, o ensino clínico ocupa assim um espaço importante de apropriação dos saberes e desenvolvimento de competências de enfermagem (Carvalho, 2003). Sem dúvida que, assim como Henderson (1994) considerava, apenas os estudantes com enorme capacidade criativa e imaginativa seriam capazes de aprender sem experienciar.

Podemos assim considerar a formação em enfermagem como uma formação integradora, que promove a transferência e integração das aprendizagens efectuadas em contexto escolar, para a prática desenvolvida em contexto real de trabalho, onde são exigidos um conjunto de saberes e simultaneamente “*assegura a dinâmica da estruturação de tais saberes*” (Carvalho, 2003: 15).

Ao longo de todo este processo de aprendizagem, é atribuído ao estudante um papel activo, promovendo e estimulando o espírito reflexivo individual e colectivo. Estes elementos são essenciais na prática formativa, devendo ser potenciados pelo orientador (Almeida, 2006; D’Espiney, 1999).

Os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas clínicas não são recentes, nem tão pouco inovadores. A preocupação de reflectir sobre o desempenho profissional é sentida já há muito. No início do século X, Al-Rashid, importante médico e escritor persa, defendia a necessidade de acompanhamento dos médicos em formação por profissionais mais experientes (Abreu, 2003). Hildegard Peplau considerava que o processo de acompanhamento das práticas clínicas reunia diversas complexidades, tendo sistematizado uma série de preocupações que se constituíram posteriormente como o “corpo” da hoje designada “supervisão clínica em enfermagem” (Abreu, 2007).

Segundo Abreu (2003), o investimento no acompanhamento das aprendizagens clínicas surgiu associado à necessidade de problematizar a formação e de promover a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados aos utentes. A par do desenvolvimento e da reorganização do ensino em enfermagem, associados à evolução da própria profissão que temos vindo a assistir, surge a necessidade de dar continuidade às mudanças profundas que se têm verificado no domínio da formação. À semelhança do que tem sucedido em outras áreas científicas procedeu-se, também na enfermagem, à passagem de um paradigma tecnicista para um paradigma reflexivo, promovendo a racionalidade crítica e reflexiva dos profissionais (ou futuros profissionais).

A orientação dos estudantes de enfermagem tem sido um tema abordado em diversas investigações que se têm multiplicado nos últimos anos. Muitos autores têm questionado o facto dessa mesma orientação ser exclusivamente desenvolvida por professores das escolas

considerando esta opção limitativa do desenvolvimento dos formandos (Dextere Laigdz, 1980; Johnson, 1980; Fasano, 1981; Miller, 1985; Nichols, 1985 in Amador, 1991; Martin, 1991).

O debate sobre a supervisão em enfermagem tem vindo, assim, a ganhar consistência entre os teóricos e os profissionais de enfermagem, nas últimas duas décadas. Emergindo designadamente do Reino Unido, Estados Unidos da América e Canadá, esta temática começou recentemente a ser debatida em Portugal muito associada às questões de qualidade do ensino e organizacional (Abreu, 2003, 2007; Garrido, 2004). Sendo um processo complexo, são diversas as problemáticas que suscitam interesse e constituem a base de muitos estudos que se têm realizado nesta área.

Esta complexidade testemunhada pela experiência profissional, associada à compreensão do ensino clínico como um momento privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento do estudante e dos próprios profissionais que o supervisionam, despoletou em nós o desejo de analisar as relações que se estabelecem entre os diferentes actores envolvidos na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Várias questões orientaram desde o início a nossa pesquisa a partir das quais traçámos objectivos. O nosso intuito é caracterizar as experiências dos tutores no processo de supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, procurando indicar dimensões estruturantes para o estabelecimento de parcerias entre as instituições envolvidas neste processo e os actores que as representam.

Deste modo, através de um estudo descritivo, centrámos a nossa atenção no processo de colaboração entre os actores das duas entidades específicas envolvidas nos ensinos clínicos – escola superior de enfermagem e instituição prestadora de cuidados de saúde, com o intuito de analisar as vivências dos tutores.

Com este estudo pretendemos assim contribuir com propostas teóricas e práticas para a supervisão em parceria dos estudantes de enfermagem em ensino clínico e correspondente investigação.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em duas partes, dando conta de um percurso de investigação relativo à problemática definida.

Numa primeira parte faremos o enquadramento do estudo, recorrendo a pesquisa bibliográfica profícua, constituindo assim a fundamentação teórica. Serão abordados conteúdos relacionados com a supervisão, desde a importância que os ensinamentos clínicos assumem na formação dos estudantes, à cooperação e partilha das responsabilidades dos supervisores, considerando a criação de parcerias.

Na segunda parte, iremos descrever o estudo empírico desenvolvendo os diversos itens que o completam nomeadamente os objectivos, o objecto e o tipo de estudo, os participantes no mesmo, fazendo referência ao instrumento utilizado na colheita dos dados que serão depois apresentados, analisados e discutidos. Apresentaremos ainda as conclusões e sugestões, esperando que contribuam para o reconhecimento e melhor compreensão da problemática das parcerias na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Deste modo, a finalidade última deste trabalho é, sem dúvida, contribuir para a melhoria do processo de supervisão e consequentemente para a qualidade dos ensinamentos clínicos de enfermagem.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM CLÍNICA

A formação pedagógica dos estudantes é uma das temáticas que tem vindo a ganhar relevância na investigação em enfermagem. À semelhança de outros ramos científicos, os sistemas de formação são desenvolvidos e ajustados às necessidades reais.

As mudanças políticas, tecnológicas, económicas e científicas provocam, também nesta área, grandes transformações. Do mesmo modo que as práticas profissionais se vão alterando, as competências exigidas aos estudantes vão-se adaptando às mudanças, ou necessidades de mudança, na busca da promoção da qualidade do ensino e consequentemente da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

A formação constitui-se assim como um processo que, tendo como desígnio o desenvolvimento do indivíduo, vai desde a apropriação de saberes à integração reflexiva desses mesmos saberes na prática, não se reduzindo por isso à aquisição de conhecimentos ou técnicas (D' Espiney, 1999; Alarcão, 2005).

Neste contexto, o sujeito é visto como um ser inacabado, em permanente contacto e interacção com os outros e com o meio envolvente (Barbosa, 1997). Como refere D'Espiney (1999), a formação é um processo de metamorfose interna promotora de mudanças e influída por essas mesmas mudanças.

Alarcão e Tavares (2001a: 100), ao reflectirem sobre esta temática, consideram que “*o sujeito constrói a partir de si mesmo as suas representações sensoriais, perceptivas, lógicas, mas em interacção permanente com a realidade construída que lhe serve de referente e cuja interpretação permite-lhe estabelecer significados, produzir sentido(s)*”.

Pensamos, assim, que a formação deve ser estudada e estruturada em função dos objectivos que se pretendem atingir sem nunca esquecer o destinatário da mesma e o contexto em que se insere.

A formação em enfermagem tem sofrido várias reformas no sentido da sua afirmação como ciência, com um corpo de conhecimentos próprio onde assentam a prática, o ensino e a investigação.

São colocadas à Enfermagem, enquanto grupo sócio profissional, novas expectativas e responsabilidades relacionadas não só com a prestação directa de cuidados como com a estrutura e organização das instituições e sistemas de saúde, a que não é alheio o seu processo de formação, cada vez mais exigente e diferenciado (Abreu, 2001).

1.1 – Natureza da formação em enfermagem

Em Enfermagem, em analogia ao que acontece noutras áreas, são constantemente produzidos e divulgados conhecimentos que alteram, ou até mesmo contrariam, outros já adquiridos, o que conduz ao que Garrido (2004) apelidou de *convicção de desactualização permanente*. Esta produção universal de conhecimentos associada à necessidade de reconstrução pessoal dos saberes conduz ao *princípio de inacabamento* que, por sua vez, remete para a necessidade de constante actualização (Sá-Chaves, 2007).

Neste encadeamento, reforçamos a importância de pensar a formação. Conscientes da impossibilidade de saber tudo, do reconhecimento da ignorância, devemos procurar fortalecer o saber profissional em vez de nos entregarmos ao seu enfraquecimento e desvanecimento. Como refere Sá-Chaves (2007: 50), “*pensar formação é então fazer entrar no jogo a dimensão de ignorância que, correspondendo à imprevisibilidade contextual da acção prática, só é definitivamente capturável no exacto momento da acção...*”.

Podemos considerar dois níveis de formação: a formação inicial, que se constitui como o alicerce da formação posteriormente adquirida ao longo de toda a vida - a formação pós graduada. Perrenoud (1993: 149) definia a formação inicial como o “*início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira*”.

Independentemente do nível ou momento da formação, são definidos objectivos e estipulados propósitos adequados a cada situação específica. Os formandos, por seu lado, terão de se empenhar no sentido de os alcançarem, trilhando assim o seu próprio percurso de formação.

No que concerne à formação inicial em enfermagem, a construção dos alicerces passa pela aquisição de um conjunto de conhecimentos (desde os científicos aos culturais) de índole teórica e/ou prática proporcionando o desenvolvimento de *“habilidades, competências e capacidade de inovação e de análise crítica”* inerentes ao exercício profissional (Fonseca, 2004: 38). É a partir destas bases que o estudante irá procurar responder aos problemas reais e inesperados do dia-a-dia. Deste modo, é lícito inferir que a qualidade das respostas dadas (cuidados prestados) e a aprendizagem a partir das experiências vividas, dependem da *bagagem* de cada um (Andrade, 2005).

O saber teórico permite conceptualizar a acção no abstracto antes de ser praticada no concreto, articulando, respectivamente, o mundo simbólico com o mundo material. Contudo, o exercício de uma actividade profissional não se pode restringir à aplicação de conhecimentos teóricos (Sá-Chaves, 2007). Podemos encarar a teoria como o saber que *“permite controlar a acção que é exercida sobre o real”* (Lopes, 2006: 30).

Neste contexto, Benner (2001: 203) considera que

“...a teoria é fundamental, porque ela ajuda a pôr as boas perguntas numa situação real; ela permite ao médico localizar o problema e saber antecipar os cuidados que são necessários ter. Mas há sempre numa situação elementos que a teoria não prevê. É este conhecimento das excepções que somente a experiência no terreno pode trazer.”

Deste modo, é através da prática que o estudante, além de o aprofundar, ultrapassa o conhecimento meramente teórico, vai descobrindo quais as respostas adequadas a dar às situações imprevisíveis com que se depara no exercício da actividade profissional. A prática e os contextos onde ela se desenvolve conduzem, assim, à criação de um conhecimento específico (Braga, 2007; Fonseca, 2004).

Importa, contudo, realçar que “*não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática*” (Kenneth Zeichner citado por Sá-Chaves, 2008). Os estudantes devem, com o auxílio dos formadores, desenvolver um pensamento crítico que lhes permita encontrar o significado de cada situação e seleccionar estratégias de actuação adequadas.

Esta abordagem reflexiva, introduzida por Donald Schön, com a publicação da sua obra *The Reflective Practitioner* (Schön, 1983), revolucionou o processo de formação. Até então, a formação dos profissionais era marcada por um paradigma da racionalidade técnica segundo o qual a ciência é aplicada aos problemas concretos da prática. Porém, o autor defende a reflexão *na* e *sobre* a acção, valorizando a “*construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão*”. Deste modo, fomenta-se o “*aprender a fazer fazendo e pensando*” como forma de responder à imprevisibilidade e diversidade das situações com que nos deparamos no dia-a-dia (Alarcão, 2007: 35).

Não obstante a valorização da reflexividade, a formação pode ainda ser percebida como detentora de uma função social na medida em que proporciona aos formandos saberes que favorecem a sua integração no próprio sistema contribuindo para a perpetuação da cultura imperante. A ênfase é colocada no sujeito em formação fomentando a auto-formação, assumindo-se o processo formativo como um processo de estruturação e desenvolvimento da pessoa (Coutinho, 2004).

A enfermagem constitui-se como uma ciência com conhecimento específico influída e com influência na prática. Os profissionais são permanentemente confrontados com situações inesperadas, complexas e problemáticas que exigem a mobilização imediata de competências que permitam dar uma resposta rápida, eficiente e adequada. Esta complexidade exige uma adaptação permanente, daí que os modelos formativos devam promover a mobilização e integração de diversos saberes, desde “*o saber, o saber-fazer, o saber-ser, o saber-aprender, [ao] saber transformar*”, inculcando uma postura interventiva dos diversos actores envolvidos no processo (Vidinha, 2004: 4).

A interacção que se estabelece entre o enfermeiro e o utente torna único cada momento, inviabilizando a normatividade e a rotinização muitas vezes associada à profissão. O exercício profissional requer, assim, um conjunto de saberes de diversas ordens que, no seu

quotidiano, terão de ser mobilizados. Esses conhecimentos “*resultam da investigação e da reflexão produzidas no seio da ciência*” e da prática e da reflexão sobre a mesma (d’Espiney, 1999: 12).

Esta reflexividade deve ser fomentada desde o início do processo de formação, para que o estudante, enquanto tal e futuramente como enfermeiro, seja capaz de pensar criticamente sobre a profissão e toda a complexidade envolvente. A aprendizagem a partir da experiência e a consentânea transformação em saber, implicam não só tomar a prática como ponto de partida mas também constitui-la como objecto de reflexão. Assim, a reflexão ergue-se como um elemento central do processo formativo, o que em profissões com um carácter profundamente prático, como a enfermagem, contrai uma peculiar relevância (Ibidem).

A mesma autora reforça ainda a noção de que a reflexão não é um fim mas sim um meio que possibilita ao sujeito a “*(re)construção interna da situação, que adquire novos significados, permitindo visualizar outras formas de operar, no quadro de uma dinâmica autoformativa*”, através de um processo de contextualização e descontextualização da acção (d’Espiney, 1999: 24).

A dimensão afectiva é uma outra vertente que merece especial atenção na medida em que, sendo a Enfermagem uma profissão onde as relações interpessoais constituem um instrumento essencial, a gestão dos sentimentos do utente e por outro lado do profissional requer uma aprendizagem cuidada.

O exercício da profissão envolve assim meios e técnicas complexas e grandiosas que se entrecruzam com pequenos gestos e pequenas coisas que complementam o cuidar – essência da actuação profissional (Hesbeen, 2000). O mesmo autor considera que, por vezes, os locais onde são desenvolvidos os ensinamentos clínicos, que são os mesmos do exercício profissional, esperam estudantes / profissionais que dominem todas as técnicas e que estejam aptos para tudo, encarando-os como “*produtos acabados*”. Os próprios estudantes sentem-se frequentemente mais atraídos pelas técnicas e pelos conhecimentos científicos do que pelas “*pequenas coisas*”.

Consideramos que na formação os elementos formativos devem ser colocados na ordem correcta e que não devem ser valorizados uns em detrimento de outros. O desafio lançado aos formadores “*não é o de esculpir cérebros bem moldados mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma abertura constante às “coisas da vida”, à singularidade dos outros*” (Hesbeen, 2001: 67).

O processo de formação deverá então assentar numa pedagogia de aprendizagem centrada no estudante, impondo uma responsabilização e empenho de todos os actores que nele intervêm.

Encaramos assim, em consonância com diversos autores, a formação em enfermagem como um processo sistemático de desenvolvimento, que pressupõe o empenho individual ou em grupo, dos profissionais ou futuros profissionais, no sentido de adquirir ou aperfeiçoar competências e conhecimentos, ampliando a sua capacidade de intervenção profissional e contribuindo para afirmação e desenvolvimento da profissão. Deste modo partilhamos da opinião de Nóvoa (1991) ao afirmar no título da sua própria tese que “*a formação faz-se na produção (e não no consumo) do saber*”. Reflectir a prática e produzir saber deve constituir uma constante e um modo de estar na profissão incutido desde o início da formação.

1.2 – O contexto clínico em análise

O exercício da profissão de enfermagem envolve interacções constantes e únicas entre os profissionais e os utentes, constituindo-se cada um desses momentos como algo singular, irrepetível e complexo. Imbuída de um cariz profundamente humanista, para além das componentes cognitiva e técnica, as componentes comunicacional e atitudinal são fundamentais no exercício desta profissão. Para Abreu (2007: 60), a enfermagem “*tem necessidade de mobilizar e trabalhar um conjunto muito vasto de conhecimentos, com expressão ao nível da acção*”.

O ensino de enfermagem em Portugal esteve sempre interligado com o exercício prático da profissão, influenciando-se mutuamente. Embora por vezes não tenha sido orientado nem

coordenado da melhor forma, o ensino prático era uso comum desde os primeiros tempos da formação em enfermagem, tendo-lhe sido atribuída progressivamente maior relevância.

Nos anos vinte, do século anterior, surgem as primeiras referências ao carácter obrigatório dos estágios (designação atribuída na altura à componente prática) nos regulamentos das escolas de enfermagem de Coimbra e Lisboa. Essa prática reduzia-se contudo ao treino de habilidades motoras de acordo com as necessidades e conveniências do hospital, e não dos estudantes em formação. Estes eram entregues aos funcionários dos hospitais, a quem ficavam subordinados, não havendo qualquer preocupação em supervisionar essas mesmas práticas (Soares, 1997).

A partir da década de quarenta do mesmo século assiste-se a uma mudança significativa deste cenário. O Decreto-lei nº 36219 de 10 de Abril de 1947 vem reestruturar o ensino de enfermagem, criando novas escolas e integrando outras em novos moldes. Por influência da Escola Técnica de Enfermeiras e da Escola de Enfermagem de S. Vicente Paulo, os estágios passam a ser coordenados de acordo com a parte teórica, tendo em conta as necessidades dos alunos, realizando-se em serviços seleccionados sob a orientação de professores da própria escola. O referido Decreto-lei reconhece às enfermeiras a capacidade de intervenção na formação dos seus futuros pares, permitindo a criação de cursos para a formação de monitores com uma duração de um ano. É ainda prevista a realização de reuniões entre os estudantes e respectivos orientadores com o intuito de avaliar o trabalho por eles desenvolvido ao longo do tempo e simultaneamente coadjuvar na sua formação (Rodrigues, 1993; Soares, 1997 e Nunes, 2003).

De meros locais de treino, os estágios passaram a momentos privilegiados e únicos que permitem a mobilização de saberes de natureza diversa de forma a agir perante uma situação concreta e única. Pepel (1989), citado por Carvalhal (2003: 25), de acordo com a Resolução de 22 de Novembro de 1979 do Conselho da Europa, entende estágio como *“uma actividade profissional que se exerce no local de trabalho e que tem por base uma formação teórica que foi adquirida num estabelecimento de formação ou em qualquer outro estabelecimento”*.

O estágio é assim, na perspectiva de Martin (1991: 162), *“um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno”* constituindo-se como um meio privilegiado na formação deste, permitindo-lhe *“desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais”*. Por seu lado, Vasconcelos (1992: 28) considera que os estágios se destinam *“a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”*.

Actualmente, o currículo de formação inicial em enfermagem tem para além da importante componente teórica, uma componente prática, designada por ensino clínico ou estágio. A Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, que regula o plano de Curso de Licenciatura em Enfermagem, no artigo 3.º do Regulamento Geral diz que: *“O plano de estudos inclui adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico”*. O Artigo 5.º refere ainda que *“O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado.”*

Deste modo, e no caso específico de enfermagem, ensino clínico é todo aquele que se realiza junto ao utente e que é essencial na formação do futuro profissional. Segundo Longarito (citado por Arco 2003: 15), é durante esta etapa que os alunos percebem a realidade da prática, confrontando e estabelecendo as diferenças e os paralelismos entre aquilo que aprenderam na escola e a realidade com que se deparam, constituindo-se assim o ensino clínico como *“um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas”*.

É então evidente que a importância da vertente prática na formação em enfermagem se foi afirmando e evidenciando cada vez mais, facto que se reflecte no modelo de alternância entre componente teórica, teórico-prática e prática assumido pela generalidade das escolas de enfermagem na actualidade (Andrade, 2005) . Este modelo caracteriza-se precisamente pela alternância de momentos de aprendizagens na escola com outros em contexto de trabalho. Boterf (1995) considera que a aquisição de conhecimentos em sala de aula deve

ser acompanhada pela formação prática num espaço que se aproxime com o local de trabalho e posteriormente, desempenhando já funções em âmbito profissional. A formação nestes três espaços distintos deve estar devidamente articulada.

A estrutura curricular dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem atende a estas concepções na medida em que se reveste de duas vertentes essenciais: a vertente teórica, que engloba momentos de aprendizagem teórico/ prática, e a vertente prática que, ao acompanhar a anterior, se demarca da concepção de estágio e se constitui como ensino clínico. Enquanto a vertente teórica se desenvolve nas Escolas Superiores de Enfermagem (ESE), os ensinamentos clínicos, que representam a maioria da vertente prática, realizam-se nas mais diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Esta forma de alternância de complementaridade é, segundo Lopes (2006), aquela que actualmente melhor serve o ensino de enfermagem. Assim, segundo a mesma autora, a alternância deve ser construída a partir de lógicas de cooperação efectivas entre a escola e os locais do ensino clínico, *“utilizando as aprendizagens diversificadas dos dois espaços, com vista à aquisição de competências a diversos níveis, necessárias ao exercício profissional”* (Lopes, 2006: 44).

Neste contexto, e partilhando destas concepções, Carvalhal (2003: 23) considera que este tipo de formação *“tem como finalidade permitir a transferência, para o contexto real do trabalho, das aprendizagens efectuadas em contexto escolar, no sentido de minimizar as dificuldades de aproximação da escola ao real e, simultaneamente, a pedagogizar as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho”*.

A formação em alternância surge assim do empenhamento dos diferentes intervenientes no processo formativo, ligada à evolução dos processos de aprendizagem profissional. Os conhecimentos e saberes adquiridos pelos estudantes são utilizados na construção da sua aprendizagem e projecto profissional dando sentido a uma formação global.

São vários os autores que se referem à importância que os ensinamentos clínicos assumem na formação em enfermagem, considerando-os mesmo como o seu núcleo (Belo, 2003). Já

Wong e Wong (1987) se referiam a estes contextos como uma componente essencial da formação dos profissionais de saúde cujos objectivos principais seriam:

- A aquisição de habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores tidos como substanciais para a sua entrada no sistema de prestação de cuidados de saúde;
- A preparação dos estudantes no sentido da aplicação dos conhecimentos previamente adquiridos, aquando da prestação dos cuidados aos utentes.

A prática clínica promove assim a mobilização, integração e aquisição de saberes inerentes e essenciais à formação dos estudantes. A interacção que estes estabelecem no contexto de trabalho permite-lhes uma tomada de consciência relativamente à realidade profissional, assim como das expectativas que a sociedade em geral tem do enfermeiro. Segundo Abreu (2001), é no primeiro contacto com o contexto de trabalho, imbuído da sua cultura específica, que o estudante de enfermagem inicia as suas interacções, começa a compreender a prática reflectindo sobre a mesma, o que facilita a percepção da identidade da profissão. Através de um processo analítico, reflexivo e crítico o estudante aprende que existem diferentes formas de abordar as situações reais.

Para além da indiscutível preponderância no processo ensino/aprendizagem, o ensino clínico contribui na mesma proporção para a socialização do estudante de enfermagem na medida em que proporciona a *“aquisição de conhecimentos, de hábitos, (...) transmissão de valores e [a] construção da identidade profissional”* através de um processo complexo que lhe permite aprender *“a pensar e a ver-se como enfermeiro”* (Andrade, 2005: 30).

Em ensino clínico o corpo de conhecimentos científicos que baseiam a actividade profissional é interpretado com criatividade e convertido em procedimentos adequados a cada situação combinando assim arte e ciência. Segundo Simões et al (2006: 4),

“é no confronto directo com a individualidade de cada utente, família, comunidade e contexto de trabalho que o futuro profissional se apropria de saberes e desenvolve habilidades, capacidades e competências pessoais e profissionais que o

habilitam a tomar decisões, resolver problemas e agir de acordo com os princípios e valores fundamentais da profissão de enfermagem”.

São diversos os estudos que apontam o ensino clínico como um local de excelência onde as práticas clínicas são desenvolvidas em contexto real. Este momento é também considerado fundamental na medida em que proporciona aos estudantes os meios e as situações apropriadas *“que permitem traduzir saberes teóricos em saberes e disposições para a prática clínica, numa variedade de situações e contextos, que têm como centro o utente”* (Schweer e Gebbie, 1976 citados por Abreu 2007: 99). Estas situações surgem muitas vezes com uma estrutura pouco clara e mal definida assomando como casos únicos e problemáticos. Deste modo, o estudante tem que tomar consciência do problema e desconstruí-lo a partir do manifestado, construindo e compreendendo assim o real. Para isso há que fomentar uma *“flexibilidade mental e cognitiva capaz de architectar cenários interpretativos possíveis”* (Andrade, 2005: 31).

Neste sentido, a formação do estudante em ensino clínico é supervisionada por docentes das escolas de enfermagem e/ ou enfermeiros das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A formação do supervisor assume assim vital importância uma vez que influencia directamente o desenvolvimento do estudante. Neste contexto, concordamos com Sá-Chaves ao considerar que essa influência deve ser positiva (Sá-Chaves, 2007).

1.3 – Aprendizagem em contexto clínico

O saber em enfermagem envolve uma construção complexa que se declara na elaboração de diagnósticos e nas acções que daí provêm e é definido por Martin (1991: 35) *“como a capacidade de decidir, para além do explícito (sintoma clínico, palavra), o implícito no pedido da pessoa cuidada e a isso responder de modo adaptado”*.

Neste âmbito, Carvalho (2003) considera que para que se constitua um saber é fundamental analisar os conhecimentos científicos, técnicos e relacionais presentes no quotidiano profissional e nas práticas então desenvolvidas. Segundo a mesma autora, *“a*

aquisição da simples acumulação de factos e teorias é ultrapassada, para dar lugar a um saber explicativo que promova a antecipação dos fenómenos a observar” (Carvalho, 2003: 11).

Actualmente partilha-se uma concepção abrangente de ensino clínico, não resumindo estes momentos à aplicação dos conhecimentos até então apreendidos, mas considerando fundamentalmente o desenvolvimento global do estudante que, partindo das bases que detém, se vai desenvolver aprofundando determinados conteúdos, adquirindo outros, reflectindo sobre cada prática individual e colectiva.

Era já nesta linha de pensamento que Martin (1991: 162) se posicionava ao considerar o ensino clínico como *“um meio privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo-lhes adquirir habilidades para actuar no mundo real onde a profissão acontece”*. Esta evidência e especificidade atribuídas a estes momentos de formação são, segundo a mesma autora, devido ao facto de possibilitar um ensino individualizado, de facultar um contacto pessoal privilegiado favorecendo simultaneamente a relação teoria/prática. Por sua vez, Belo (2003:36) considera que *“a formação em enfermagem [se] solidifica na e pela prática profissional, pois é através do ensino clínico, que os alunos aprendem como aplicar os conceitos abstractos em situações específicas e concretas”*.

A escola e os serviços de saúde surgem, assim, como *“espaços formativos potenciadores da aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências”* (Luz, 1996: 35), constituindo-se como um dos factores influentes.

A aprendizagem é percebida como um processo de construção pessoal que passa pela conjugação de vários factores desde os pessoais, aos cognitivos e também ambientais, que inevitavelmente leva à mudança de comportamentos (Carvalho, 2003; D’Espiney, 1999). Para que tal aconteça é fulcral que esse processo seja devidamente acompanhado num clima que propicie o desenvolvimento. Neste entendimento Giné et al. (2003: 26) consideram que *“El aprendizaje se construye socialmente y se adquiere mediante las propias prácticas y los modelos de referencia”*.

A aprendizagem e o desenvolvimento estão interligados influenciando-se mutuamente. Se considerarmos que o desenvolvimento comanda as aprendizagens, certo é também que são estas que o instilam. Em todo este processo, a teoria não se constitui por si só como fonte de conhecimento daí que os saberes adquiridos na prática, ou seja, o conhecimento tácito, seja substancial na produção da gnose específica (Alarcão, 2001; Braga, 2007). Por outro lado, a experiência não se resume ao já praticado ou vivido mas implica uma actividade intelectual que conjuga duas operações mentais a “*preensão da experiência e a sua transformação*” (Alarcão, 2001a:56).

Neste encadeamento, Sá-Chaves (2000) considera que a prática profissional pode constituir-se como fonte de saberes, pelo questionamento dos já estabelecidos, fazendo emergir outros saberes que só à luz da mesma adquirem significado. Consideramos assim, como Braga (2007: 82), que “*A teoria fundamenta a prática e a prática subsidia a teoria*”. Esta interacção torna-se primordial no processo formativo. Após estabelecida uma articulação reflectida, essa formação conduz ao desenvolvimento do indivíduo. Carr y Kemmis (1988) citado por Giné et al. (2003: 7) refere também neste âmbito que “*...todas las teorías son producto de alguna práctica, a sua vez toda actividad práctica recibe orientación de alguna teoría...*”.

A aprendizagem em contexto clínico é envolta em condicionantes que em muito diferem da realidade construída em sala de aula. Podemos considerar que é na prática que se contextualiza a assimilação dos conteúdos teóricos. Através da prática clínica, o estudante aprende a transpor os conhecimentos adquiridos na formação teórica. Para além de apreender a informação que lhe é transmitida pelo docente, pelo tutor e também pelos pares, o estudante realiza um trabalho intelectual de forma a organizar o seu próprio conhecimento. Como refere Vieira (1993: 58):

“A prática clínica para além de ser um momento de transposição de conhecimentos teóricos para a acção, proporciona acima de tudo, um conjunto de momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências do aluno, competências essas que traduzem atitudes, saberes e capacidades facilitadoras da sua aproximação ao saber”.

Segundo Macedo (2004: 11), o ensino clínico pretende “*ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção reflectida*”. Assim, ao longo dos ensinamentos clínicos, o estudante deve ser estimulado a reflectir sobre o que vê, o que faz e o que vive, facultando o desenvolvimento das suas competências e a aprendizagem de um saber contextualizado o que, por sua vez, conduz à formação da sua identidade profissional. Desta forma, o estudante constrói o seu conhecimento através da reflexão, partindo da discussão e da apropriação de ideias confrontadas com as teorias científicas.

Neste contexto, Alarcão (1996: 13) considera que a componente prática de formação profissional “... *possibilita ao formando uma visão caleidoscópica do mundo de trabalho e dos seus problemas e, permitindo uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, conduz à construção activa do conhecimento na acção segundo uma metodologia a aprender a fazer fazendo (learning by doing)*”.

É através da prática que o estudante aprende a prestar e planear os cuidados de enfermagem em função das necessidades identificadas assim como a fazer uma avaliação das suas próprias intervenções. Partindo da realidade, o futuro profissional desenvolve aptidões, atitudes e competências técnico-científicas, que lhe permitem construir o seu quadro de referência de uma forma integrada (Braga, 2007).

O ensino clínico, em oposição ao trabalho desenvolvido em sala de aula, reveste-se de imensa imprevisibilidade uma vez que tem lugar num contexto sociocultural complexo onde se cruzam as lógicas dos profissionais, dos estudantes e dos utentes (Abreu, 2007). A aprendizagem em contexto clínico assenta assim no “*desenvolvimento de um saber pessoal, reflexivo e contextualizado, em interacção constante com o meio ambiente, com vista à competência profissional*” (Braga, 2007: 82).

É no confronto com a realidade prática que o estudante assimila e transforma os conhecimentos adquiridos convertendo-os em saberes funcionais e processuais. Através da interacção que estabelece com os pares e com os demais profissionais de saúde ele vai desenvolvendo o seu próprio modelo de identidade profissional. Paralelamente, interagindo

com os utentes, o estudante envolve-se emocionalmente gerando desta forma aprendizagens significativas (Abreu, 2007; Braga, 2007).

Num estudo realizado por Abreu (2007: 93) um dos participantes referiu, relativamente a esta temática que *“Há saberes e formas de estar que só aprendemos na prática, quando temos necessidade de adequarmos o que aprendemos aos casos que se nos deparam. Esta adequação, que é experimentação, coloca-nos em contacto com os problemas e desenvolve as nossas próprias capacidades”*. Segundo o mesmo autor, *“a prática permite ultrapassar o conjunto de saberes estabelecidos, apelando à produção de novos saberes a partir da interpelação dos preexistentes”* (Abreu, 2001: 138)

Mais recentemente e baseando-se em pesquisas desenvolvidas na última década Abreu (2007: 97 e 98), identifica um conjunto de factores que interferem positivamente com a aprendizagem em contexto clínico:

- “ ▪ *Incentivar a autonomia e o processo de responsabilização do formando no processo de aprendizagem;*
- *Promover a independência progressiva...;*
- *Enfatizar no contexto da formação clínica os objectivos da aprendizagem...*
- *Proporcionar aos formandos um acompanhamento adequado, com profissionais (docentes ou tutores) com formação didáctica ... e com conhecimento clínico do contexto de formação;*
- *Incentivar formas de reflexão deliberada sobre as experiências assistenciais e pessoais dos formando...;*
- *Reconhecer, apoiar e divulgar “boas práticas”;*
- *Alternar a aprendizagem clínica com momentos de formação e recomposição teórica;*
- *Facilitar a integração na equipe de saúde e no universo das relações assistenciais com os utentes, trabalhando em simultâneo as componentes reflexivas, críticas e éticas;*

- *Desenvolvimento de preocupações em matéria de qualidade de cuidados...;*
- *Utilizar unidades com qualidade adequada para proporcionar boas experiências de aprendizagem aos formandos...;*
- *Dar atenção às dimensões psicológicas [do estudante] ...;*
- *Proporcionar à equipe informação suficiente sobre o nível de formação dos alunos e envolvê-la na integração destes.”*

Numa outra abordagem, Hart e Rotem (1995), citados pelo mesmo autor, identificaram seis factores que consideram característicos da aprendizagem em ensino clínico: *“autonomia e reconhecimento, clareza do papel a desempenhar, satisfação profissional, suporte dos pares, oportunidades de aprendizagem e qualidade da supervisão”* (Abreu, 2007: 95).

Face ao exposto, torna-se evidente que as experiências adquiridas em ensino clínico assumem um papel único, são frequentemente recordadas e muitas delas tornam-se elementos chave na formação profissional. É fundamental que nestes momentos únicos de maturação psicológica o estudante aprenda a lidar com os seus próprios sentimentos e os daqueles com quem interage, que interiorize e assimile o saber (conhecimento), o saber-fazer e o saber ser e estar, de forma que, partindo da transferência dos seus conhecimentos teóricos que até então constituem o seu quadro de referência, consiga não só atribuir-lhes sentido como ampliá-los (Braga, 2007; Carvalho, 2003).

Partilhamos assim da visão de Vidinha (2004: 5) ao encarar o *“ensino clínico como um espaço e um tempo privilegiado de formação profissional onde os diversos actores agem e são agidos e os seus diferentes saberes intercorrem numa relação dialéctica no cenário formativo e socializador do contexto de trabalho”*.

A prática clínica torna-se então imprescindível à transformação dos conhecimentos processuais, através de metodologias reflexivas que promovam a aprendizagem. *“Considerando que o estudante aprende muito através do modelo que percebe nos seus professores e enfermeiros orientadores (Rauen, 1974; Lafuente, 1991), é importante termos presente as semelhanças entre Formar e Cuidar, o que passa por considerarmos o*

estudante como um cliente, no centro do processo pedagógico” (citados por Carvalhal, 2003: 5).

Alarcão (1996), referindo D. Schön, defende que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações reais, em alternativa a um paradigma baseado num racionalismo técnico. É a passagem de um modelo de aplicação da ciência aos problemas concretos recorrendo à ciência aplicada, para uma epistemologia da prática cujo ponto de referência são as competências que se encontram subjacentes ao exercício dos bons profissionais.

Fomenta-se assim um novo paradigma educacional onde a ciência conjugada com a técnica e a arte interligam a teoria e a prática, promovendo um profissionalismo inteligente e flexível, que mobiliza as virtudes criativas dos indivíduos. Este percurso só será possível com a colaboração dos diferentes actores, passando pela criação de parcerias intra e inter-institucionais (Arco, 2003; Carvalhal, 2003, Fonseca, 2004).

2 – SUPERVISÃO DA APRENDIZAGEM CLÍNICA

A construção da identidade profissional é um processo complexo e contínuo influído por diversos factores dentro os quais o relacionamento que se estabelece entre os pares e/ou outros grupos profissionais com que se interage. É a partir destas relações e da forma como o poder é vivido que o estudante, enquanto futuro profissional, assimila a sua especificidade edificando a sua identidade (Abreu, 2001; Abreu, 2007).

Defendemos uma concepção de aprendizagem que coloca o formando no centro do processo reconhecendo-lhe a capacidade de induzir e de intervir não só na sua transformação pessoal como também do meio complexo que o envolve. Neste sentido, o acto de aprender é apreciado como voluntário e intencional. Segundo Sá-Chaves (2007: 180), *“ninguém forma ninguém se o alguém em formação, ele próprio, não se implicar activamente no processo”- princípio da auto-implicação*. Do mesmo modo, e segundo a mesma autora, ninguém se poderá formar sozinho, por mais elevado que seja o grau da sua implicação.

Todo este percurso identitário e estruturante deve ser norteado com especial relevância nos anos da formação inicial. É neste contexto que se insere a importância da supervisão da formação dos ensinos clínicos que norteia todo o trabalho por nós desenvolvido.

A formação em enfermagem remete para a *“apropriação de saberes teóricos e práticos, que se reflectem, na qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade, na responsabilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem patente na estrutura curricular do curso e no grau académico que lhe é conferido”* (Fonseca, 2004:39).

Ao contrário da visão dicotómica muitas vezes atribuída (e sentida) entre os saberes teóricos e os saberes práticos, o assomar de um novo paradigma formativo fomenta uma dinâmica de interacção, complementaridade, construção e reconstrução do conhecimento, assim como a sua integração e transformação promovida pela prática.

Em contexto clínico o ensino e a aprendizagem são orientados por esta concepção partilhada por Martin (1991) ao enfatizar a necessidade de conferir o modo como teoria e prática interagem de forma contínua e integrada.

É no desenvolvimento de todo este trabalho que surge a supervisão dos ensinos clínicos como um processo mediador e de suporte das aprendizagens, fundamentado no acompanhamento e orientação sistemáticos e permanentes dos estudantes (Abreu, 2003).

2.1 – Conceitos de supervisão e processos supervisivos

“A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico.” (Alarcão e Tavares, 2007: 45).

Apesar da recente proliferação do interesse e discussão sobre os processos supervisivos, esta não é uma temática recente. São vários os autores que, ao longo da história da enfermagem, se vêm referindo de uma forma mais ou menos directa à supervisão. Betty Neuman, no século anterior, mencionou este tema apreciando a supervisão das práticas como um processo que conduz à própria validação do processo de enfermagem. Também Hildegard Peplau, a partir da segunda metade do mesmo século, aludiu ao acompanhamento das práticas clínicas nas teorias que desenvolveu, tendo mesmo sistematizado um conjunto de preocupações que viriam posteriormente constituir o corpo da hoje designada *supervisão clínica em enfermagem* (Abreu, 2007).

Imogene King (citado por Abreu, 2007: 178) considera que o acompanhamento das práticas subentende uma dinâmica supervisiva que *“permite uma avaliação sobre o tipo de informação considerada para a tomada de decisão, sobre as alternativas colocadas, e sobre os conhecimentos que os enfermeiros possuem para considerar e avaliar estas*

alternativas”. Para Jean Watson a supervisão clínica “*permite o crescimento e a maturação pessoal e espiritual dos enfermeiros*” (citado por Abreu, 2007: 178).

Florence Nightingale foi, por sua vez, quem sistematizou os princípios supervisivos até então identificados, enquadrando-os na formação e mesmo na administração ocidental (Abreu, 2007).

Posteriormente, na Europa, a sucessão de várias situações problemáticas na área da saúde, contribuíram para o reconhecimento da necessidade e importância da supervisão. O famoso caso Allit que envolveu graves problemas com a enfermeira Beverley Allit é talvez um dos mais conhecidos e o relatório então produzido alertava precisamente para a necessidade de o desenvolvimento dos profissionais ser acompanhamento de perto (Ibidem).

Essa reflexão sobre os contextos de saúde, envolvendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados mas também do ensino e aprendizagem proporcionados, chegou também já ao nosso país embora o termo “supervisão”, no sentido que aqui apresentamos, não seja ainda muito utilizado.

Na área da saúde, o termo “supervisão” pode reportar-se a situações distintas envolvendo portanto diferentes modelos e estratégias. Butterworth e Faugier (1992) referem-se precisamente a estas diferenças aludindo a três processos supervisivos: supervisão clínica, *mentorship* e *perceptorship*. Transpondo estes conceitos para a enfermagem, a *supervisão clínica* designa o acompanhamento e desenvolvimento das competências profissionais fomentando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios utentes e concludentemente a realização e satisfação profissional, sendo desenvolvidas pelos pares. A supervisão do desenvolvimento dos estudantes em contexto clínico denomina-se *Mentorship*. Por sua vez, o “*acompanhamento que envolve o apoio de um profissional experiente a outro menos experiente, durante um período limitado de tempo, no mesmo contexto ou área de actuação*” é designado por *Perceptorship* (Heartfield, Gibson e Nasel, 2005).

Numa tentativa de esclarecer alguns equívocos ou associações incorrectas que persistem até hoje, urge definir o termo “Supervisão”. Já em 1980, alguns autores apresentavam a sua

visão relativamente a este processo. Fermin (1980 cit. em Franco, 2000: 33) encara a supervisão como um trabalho *“de ajuda e assistência (...) destinando-se a atingir a melhoria dos resultados do processo ensino-aprendizagem, mediante um trabalho cooperativo”*.

Alarcão e Tavares (2007: 16), consideram que a Supervisão é um *“processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”*. Este conceito, embora concebido para o contexto da formação de professores, pode ser generalizado e por isso aplicado à supervisão em enfermagem. Já neste âmbito, Franco (2000: 33) define supervisão como *“o processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”*.

Decorrente desta conceptualização, a supervisão surge como um processo cuja principal função passa por *“fomentar ou apoiar contextos de formação que, traduzindo-se numa melhoria da escola, se repercutem num desenvolvimento profissional dos agentes educativos (...) e na aprendizagem dos alunos que nela encontram um lugar, um tempo e um contexto de aprendizagem (...)”* (Alarcão, 2001b: 19).

O sucesso de todo este complexo processo que envolve *“formação, suporte profissional, desenvolvimento do sentido de responsabilidade e focalização na segurança dos cuidados, exige a intervenção de profissionais com preparação específica”* (Abreu, 2007: 185 citando DoH, 1993).

2.2 – Mentorship: o processo de acompanhamento clínico

A formação inicial em Enfermagem envolve duas componentes essenciais – teórica e prática – que se articulam e se vão complementando ao longo do plano do curso. Enquanto que a primeira tem fundamentalmente lugar nas escolas superiores de enfermagem, a segunda desenvolve-se normalmente nas instituições de saúde. Esta componente prática

envolve assim, para além dos estudantes e docentes da escola superior de enfermagem respectiva, os enfermeiros da instituição de saúde (IS) em causa.

É no contacto com a realidade, cultura e identidade profissionais que os estudantes de enfermagem vão aprofundando as suas representações relativamente à profissão e ao “ser enfermeiro”. O primeiro ensino clínico, como a maioria das primeiras experiências, é marcante na medida em que é a partir desse momento que as práticas desenvolvidas ganham significado (Abreu, 2007; D’ Espiney, 1999). O contexto clínico possibilita assim não só a aquisição e desenvolvimento de competências, como também de princípios e requisitos fundamentais na prestação de cuidados de saúde.

Esta aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional têm de ser supervisionados por profissionais experientes designando-se o próprio processo de acompanhamento por “*mentorship*”. Segundo Abreu (2007), reportando-se ao contexto britânico, *mentorship* refere-se “*ao processo através do qual um profissional de enfermagem qualificado facilita a aprendizagem, supervisa e avalia os estudantes em contexto clínico*” (English National Board/ Department of Health, 2001 in Abreu, 2007: 19). Esse referido profissional, designado por mentor, orienta o estudante supervisionando o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Em Portugal o termo mentor é frequentemente substituído por tutor.

Este modelo de supervisão “*caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação intensa de proximidade e envolvimento, durante um período de tempo longo, entre um profissional experiente, mais velho e que se responsabiliza pela aprendizagem do outro (mentor), o formando*” (Fonseca, 2004: 25). O tutor desempenha, assim, um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, com influência directa na aquisição de competências, atitudes, valores, percepções e maneiras de pensar. Simultaneamente criam-se relações positivas entre os estudantes e tutores, adquirindo assim uma identidade profissional influída pelo papel de modelo transmitido (Vidinha, 2004).

Ao longo deste processo, “*o trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção de identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade*” Abreu (2007: 217). As actividades de um tutor incluem escutar, aconselhar, fornecer uma perspectiva diferente perante uma situação problemática, partilhar as suas experiências

profissionais, motivar o estudante e dar um *feedback*. Contudo, não obstante destes aspectos gerais e fulcrais, cada relação tem de ser ajustada às necessidades das diferentes pessoas envolvidas (Heartfield, Gibson e Nasel, 2005).

Para Hamilton (citado por Abreu, 2007: 19), através deste processo de acompanhamento, o estudante, a partir das experiências que vai tendo ao longo do ensino clínico, aprende a compreender de “*uma forma mais consistente*” e mais “*compreensiva*”.

Foram já desenvolvidos diversos estudos que procuraram analisar as percepções dos intervenientes e as relações estabelecidas entre eles. Em alguns, os estudantes descrevem os mentores como acessíveis, bons comunicadores, entusiasmados, amigáveis, atenciosos, pacientes e compreensivos, considerando que os bons mentores devem possuir uma boa capacidade de ensino e o seu ritmo deve atender às necessidades dos estudantes (Gray e Smith, 2000). Contudo, outros houve em que os estudantes consideraram que a tutoria era encarada mais na perspectiva de controlo do que de apoio (Cahill, 1996).

A relação de convivência é unanimemente considerada como fundamental, devendo basear-se na parceria, consistência, respeito mútuo e compromisso de ambas as partes.

Neste contexto, Vidinha (2004), alerta para a importância da adopção de processos e técnicas pedagógicas que facilitem o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes. As diferentes componentes formativas devem ser aproximadas fomentando a interacção entre os saberes teóricos, teórico-práticos e práticos, promovendo a criação da sua identidade socioprofissional. Concordando com estes pressupostos realçamos, assim como diversos autores o têm feito, a necessidade dos tutores possuírem competências pedagógicas que lhes permitam o desempenho pleno das suas funções.

A importância deste processo no desenvolvimento e socialização dos estudantes é por muitos reconhecida e evidenciada na elaboração de documentos internacionais, dos quais são exemplo o “*Strategy for Nursing*” e “*The UKCC report Fitness for Practice*” (Abreu, 2007).

A actuação dos supervisores (docentes das ESE e enfermeiros das IS) deve assim complementar-se tendo em vista a formação dos supervisados. Só num contexto de proximidade e co-responsabilidade é que o trabalho por eles desenvolvido contribuirá para o sucesso e qualidade do processo formativo. Da mesma forma, é necessário que a relação entre o supervisor e o estudante seja de confiança, respeito, compromisso, confidencialidade, acessibilidade e flexibilidade (Heartfield, Gibson e Nasel, 2005).

2.3 – Intervenção do tutor: formação e acompanhamento

A prática clínica constitui um processo simultâneo de acção reflectida e de construção do conhecimento pessoal onde se entrelaçam as componentes cognitiva, avaliativa e emocional, exercendo uma função altamente estruturante na medida em que condiciona o desempenho do formando ao impor uma organização dinâmica ao seu comportamento (Braga, 2007). Deste modo, a orientação dos estudantes durante os ensinamentos clínicos constitui-se, desde há muito, como uma preocupação marcante.

Newman, citada por Abreu (2003), considera a supervisão das práticas como um processo que permite avaliar a consecução e a reformulação dos objectivos, com base nos resultados pretendidos. O acompanhamento dos estudantes em ensino clínico pressupõe assim uma dinâmica supervisiva baseada nos objectivos definidos e no desenvolvimento das competências preconizadas.

As mudanças nas funções e responsabilidades dos professores das ESE, nomeadamente a diminuição da carga horária disponível para a orientação dos alunos em estágio, devido à atribuição de outras funções para além desta e da leccionação das aulas, vieram provocar alterações no processo de supervisão dos ensinamentos clínicos. Os enfermeiros dos serviços foram assim assumindo progressivamente esta função (Franco, 2000), colaborando com os professores.

Deste modo, passaram então a estar envolvidos neste processo três actores: o estudante, o professor enfermeiro e o enfermeiro do serviço. Este último assume, desta forma, o papel de tutor orientando a aprendizagem dos formandos, promovendo o desenvolvimento e

consequentemente a socialização destes. Assim, à responsabilidade pelo desempenho das suas funções enquanto enfermeiro, acresce a função de orientação dos estudantes em ensino clínico. Simultaneamente, a integração tanto do aluno como do professor no serviço é por ele facilitada (Belo, 2003).

O tutor é assim uma entidade reconhecida, que desempenha um papel de inegável importância no processo de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, possuindo uma enorme responsabilidade pedagógica e social. Ciente de que os conhecimentos adquiridos na escola não são suficientes no sentido de desenvolver competências e criar a auto confiança necessária à prestação de cuidados, o tutor colabora com o estudante no sentido de o ajudar a completar ou aprofundar a sua formação (Cabrito, 1994; Carvalhal, 2003).

São já muitos os estudos desenvolvidos que tiveram como problemática de base a formação dos alunos em contexto clínico e cujas conclusões vieram reforçar a importância da figura e acção do tutor. Dracup e Bryan-Brown (2004), consideram que o tutor, para além de promover o desenvolvimento das capacidades técnicas e a prática reflexiva, auxilia a aprendizagem de novas experiências, apoia e incentiva os estudantes na tomada de decisões, incita o trabalho em equipa, propicia novos desafios e oportunidades.

No contexto da relação que se estabelece entre os diferentes actores envolvidos no ensino clínico, o tutor desempenha um papel crucial como promotor do desenvolvimento dos estudantes. As opções e orientações por ele assumidas têm implicações nas oportunidades proporcionadas e consequentemente na aprendizagem destes.

No decorrer do processo formativo, é essencial que se estabeleça entre aqueles dois actores uma relação pedagógica, que seja no fundo uma relação de ajuda, desenvolvida num ambiente de confiança, abertura e afectividade positiva, impulsionadora do crescimento profissional e pessoal dos estudantes e também do próprio tutor (Carvalhal, 2003).

Deste modo, os ensinamentos clínicos na formação inicial em enfermagem devem tornar-se momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, proporcionando ao aluno oportunidades para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional. A

supervisão deve ser então entendida por todos os actores envolvidos como um processo de natureza *regulatória* e *auto-regulatória* cujo objectivo primordial é o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante promovendo a qualidade das aprendizagens (Olhicas, 2007).

Alarcão e Tavares (2007), consideram que, no processo de orientação, o saber deve estar investido na acção e nos conhecimentos resultantes da mesma para que se possa constituir como ponto de partida para novas aquisições que permitam repensar as já existentes.

Transpondo esta percepção para a prática de enfermagem, reconhecemos que a actividade diária dos enfermeiros que, ao contrário dos docentes das escolas de enfermagem, contactam diariamente com os utentes, é complexa e difícil de teorizar. Estes profissionais transportam consigo uma parte da história e dos contextos de trabalho que não pode ser ignorada (d’Espiney, 1997).

Assim, concordamos com Bento (1997) quando diz que não é fácil separar o ensino de enfermagem da sua prática uma vez que as duas vertentes estão interligadas influenciando-se mutuamente. Deste modo, a formação de enfermeiros ou futuros enfermeiros tem uma influência directa na profissão. De forma recíproca, o exercício profissional repercute-se necessariamente na formação (Santos, 1986).

Bento (1997) realça a importância de serem criados, nos processos de formação, espaços para a observação, para a discussão, para o questionamento e para a reflexão sobre as práticas individuais e colectivas. O mesmo autor considera que a formação na acção fomenta a aprendizagem em contexto, o que implica a compreensão partilhada das opções e das finalidades dos cuidados de enfermagem, assim como dos instrumentos utilizados.

Deste modo, reflectir e desenvolver a formação profissional conjunta dos professores de enfermagem e dos enfermeiros, deve ser uma prioridade. A formação contínua constitui-se como uma forma de manter os orientadores clínicos actualizados e aproximar as perspectivas da ESE/IS, em matérias de âmbito pedagógico, de enfermagem e de orientação de estudantes (Carvalho, 2003).

São já em número significativo os estudos publicados nesta área, onde se procura analisar as representações que cada um dos actores envolvidos no processo de supervisão tem do outro, as suas expectativas, dificuldades, tendo como meta a contribuição para a eficácia e eficiência do processo de supervisão.

No que concerne às representações que cada um dos actores tem dos outros, estudos realizados vieram evidenciar que tanto os alunos como os próprios enfermeiros que estão a colaborar na orientação clínica vêem, de uma forma geral, o professor como o responsável máximo pela orientação e o enfermeiro do serviço como um ajudante. Carvalhal (2003), foi um dos autores deste tipo de estudos e fê-lo por considerar ser fundamental conhecer o que cada um dos actores envolvidos na aprendizagem clínica valoriza no papel do professor e do enfermeiro enquanto orientadores dos estudantes em ensino clínico, *“uma vez que esse trio interage para um fim comum que é o de permitir e facilitar aos estudantes a apropriação dos diferentes saberes e competências de enfermagem, de modo a que, pouco a pouco, se transformem nos enfermeiros competentes que se pretende* (Carvalhal, 2003: XX).

Esta problemática das representações dos orientadores clínicos – professores e enfermeiros - foi também abordada por Amador (1991), que já nesta altura tinha constatado que os actores envolvidos na aprendizagem clínica, cuja orientação se desenvolve em parceria, têm valorizações distintas relativamente a cada um dos orientadores clínicos. Segundo as conclusões do autor, o professor de enfermagem é responsável pela *“transferência e mobilização de saberes”* enquanto que o enfermeiro do serviço *“parece ser valorizado essencialmente como enfermeiro, com um papel igualmente importante, de integração na equipa de saúde e no serviço, no desenvolvimento de competências de enfermagem, nomeadamente na área do saber-fazer e do saber-ser e na socialização profissional dos estudantes”* (Carvalhal, 2003: 71).

Estes exemplos revelam, na nossa opinião, a necessidade de definir devidamente os papéis e as responsabilidades inerentes de cada um dos orientadores clínicos. Para favorecer o desempenho individual e desse modo contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, é fundamental que cada actor tenha o conhecimento pleno das suas funções. Neste

encadeamento, Belo (2003) considera urgente encontrar soluções práticas e viáveis que melhorem a supervisão dos ensinos clínicos.

Alguns destes estudos *“problematizam a formação dos tutores”*, contudo, são frequentemente propostos *“segmentos de formação muito complexos”* (Abreu, 2007: 239). Concordamos, no entanto, que é fundamental que o formando seja acompanhado por profissionais com competências específicas. O tutor deve então ser capaz de estar envolvido na supervisão dos estudantes, avaliar as práticas e analisar actividades em contexto que possam constituir-se como facilitadoras do desenvolvimento de competências, promovendo a construção do saber na e para a acção fomentando a aproximação entre a teoria e a prática.

Devem, assim, ser incrementadas estratégias que possibilitem ao estudante desenvolver a sua competência, responsabilidade e autonomia, tanto por parte das escolas de enfermagem – instituições credíveis na dimensão de saberes, como por parte dos serviços que se instituem como locais de práticas e acção (Belo, 2003).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1998), cabe aos enfermeiros contribuir para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da docência e formação, *“colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;”*. Não obstante estas determinações, têm-se questionado com relativa premência as habilitações e competências de alguns enfermeiros, por vezes com pouca experiência profissional, para desempenharem esta função (Pires, 2004).

O supervisor deve ser capaz de abordar os problemas que a prática lhe coloca, adaptar as estratégias de supervisão que melhor se ajustam aos conhecimentos e mesmo à personalidade do supervisando procurando estabelecer uma relação conjunta que propicie a aprendizagem (Schön, 1990). Neste sentido, Sá-Chaves, (2007: 122), considera que, *“aprendizagem, formação e desenvolvimento devem ser percebidos enquanto actos de auto-implicação, que ninguém poderá fazer na vez de ninguém”*, (invocando Alarcão, 1991a), mas que, *“difícilmente alguém poderá fazer sozinho”* (Sá-Chaves, 1997 In Sá-Chaves, 2007). Não nos referimos aqui apenas à formação dos estudantes mas também dos

próprios profissionais. Como já frisámos anteriormente, a formação específica dos tutores revela-se extremamente importante. Segundo Pires (2004), tutores competentes estão mais capacitados para estimular os estudantes a integrar a teoria com a prática.

De acordo com Butterworth e Faugier (1992), os tutores devem

“disponibilizar-se eles próprios para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas, salientando ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão” (citado por Abreu, 2007: 235).

Um dos aspectos fundamentais, e que assume grande importância no processo de supervisão, é o tipo de relação que se estabelece entre supervisor e estudante, que deve ser *“uma relação dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”* (Alarcão e Tavares, 2007:71; Belo, 2003; Vieira, 1993). Neste contexto, docentes, tutores e estudantes necessitam de apoio na criação de condições apropriadas para, na linguagem de Bronfenbrenner, aprenderem na perspectiva ecológica da situação (Sá-Chaves, 2007).

O desenvolvimento de uma supervisão eficaz envolve uma série de aspectos dos quais poderemos destacar a crença no potencial do outro, a capacidade de trabalhar activamente, o domínio de conceitos e ideias, energia, confiança, integridade e vontade de auto-revelação (Walker; Kelly; Hume, 2002).

Neste contexto, o tutor deve contribuir para a criação de uma relação pedagógica que funcione como impulsionadora de um desenvolvimento global, positivo e harmonioso do estudante, facilitando o aperfeiçoamento das competências pessoais, relacionais, cognitivas e técnicas. Por seu lado, os professores, como representantes directos das escolas, devem *“atender às valorizações do papel de orientador clínico geradas no micro-sistema da aprendizagem clínica e organizar o processo de formação tendo em conta as Organizações de saúde / Escolas, a relação teoria / prática de enfermagem e por último, a relação entre enfermeiros / professores”*. Desta forma, teremos um conjunto de

profissionais com objectivos específicos mas complementares que, no fundo, se fundem num *“objectivo último e comum que é formar enfermeiros competentes, capazes de responder às mudanças sociais, políticas e culturais da nossa sociedade”* (Carvalho, 2003: 157).

Partilhamos ainda com esta autora a convicção de que é extremamente importante que a selecção dos enfermeiros orientadores seja feita de forma criteriosa. Estes profissionais devem ter formação pedagógica para assim, juntamente com os professores, orientarem os estudantes *“de uma forma mais segura, fundamentada e sistemática, (...) com uma maior disponibilidade pessoal e profissional”*, promovendo a continuidade no processo supervisiivo (Carvalho, 2003: 178).

Como já anteriormente referimos, o ensino clínico reveste-se de uma enorme importância, *“o encontro de pessoas com valores, concepções e métodos diferentes pode permitir ao estudante comparar, interrogar-se e reflectir sobre os seus próprios valores e os dos outros, conduzindo-o nesse sentido à construção da sua própria identidade como enfermeiro”* (Oliveira, 2007: 16). Uma vez reconhecida essa importância, os tutores afiguram-se como profissionais devidamente integrados devendo simultaneamente ser *“peritos pedagógicos, peritos da prática de enfermagem e capazes de estabelecer uma relação pedagógica que tenha por base uma relação de ajuda, ou seja, o seu papel deve desenvolver-se nas três dimensões já referidas: professor, enfermeiro e pessoa”* (Rauen, 1974, citado por Carvalho, 2003: 62).

O tutor é aquele que apoia o desenvolvimento do estudante, ajudando-o a contornar as dificuldades, a reflectir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam prestar cuidados com qualidade. O objectivo da sua actuação, assim como do professor da ESE, é promover a formação e o desenvolvimento global do formando, devendo ter, por isso, várias funções das quais se podem destacar a função científica e didáctica, a função psicopedagógica e a não menos importante, função de modelo para a socialização do estudante de enfermagem (Carvalho, 2003).

Neste contexto Rauen (1974, citado por Carvalho, 2003) chama a atenção para a importância do tutor ser um modelo eficaz. A esta forma de perspectivar a orientação

clínica, Pires (2004) designa por *abordagem centrada no formando* e, segundo o autor, está geralmente em falta na prática supervisiiva.

Consideramos então que para que os profissionais possam desempenhar devidamente as suas funções e dar o máximo de si têm que ter pleno conhecimento das mesmas. Neste sentido procurámos sistematizar algumas das responsabilidades do tutor no processo de supervisão do ensino clínico dos estudantes de enfermagem, considerando que se constituem como uma referência a ter em conta. Deste modo ele deve:

- “▪ *Aceitar constituir-se como “modelo” para ao aluno...;*
- *Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho;*
- *Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os docentes;*
- *Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação dos alunos;*
- *Respeitar as normas e regras em vigor no serviço;*
- *Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objectivos operacionais;*
- *Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos;*
- *Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação;*
- *Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos;*
- *Facultar informação objectiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;...”*

Abreu (2003: 53)

Alarcão e Tavares (2003), partindo da análise das reflexões diversos autores, fazem referência às qualidades que um bom supervisor deve ter, entre as quais realçamos as capacidades de escutar, de compreender, de cooperar, de clarificar, de encorajar e ajudar a encontrar soluções manifestando uma atitude e resposta adequada.

Neste contexto corroboramos os resultados de algumas investigações, nomeadamente a desenvolvida por Rosa Carvalhal (2003), que reforçam não só a importância como a necessidade premente dos tutores, como orientadores clínicos que são, terem uma formação profissional e pedagógica, sólida e actualizada.

Em suma, a supervisão dos ensinamentos clínicos de enfermagem surge como um *“processo de interacção consigo próprio e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e acção”* sobre o desempenho do futuro profissional, incorporando as especificidades próprias de cada caso e indivíduo (Olhicas, 2007: 19). Esta interacção acaba também por se constituir como um momento de formação para os tutores uma vez que permite a partilha e troca de saberes que por sua vez conduzem a uma reflexão e debate conjunto introduzindo simultaneamente novos elementos reguladores e correctores da acção (d’Espiney 1997).

No entanto, para que esta formação conduza ao desenvolvimento é necessário que teoria e prática estejam articuladas de forma coerente, o que passa pela cooperação entre os actores envolvidos na supervisão. Desta forma, não serão apenas os alunos que se desenvolvem mas também os professores, os enfermeiros e consequentemente as respectivas instituições (Arco, 2003). Podemos então concluir que os contextos clínicos são propiciadores do crescimento de todos os actores envolvidos.

3 – A PARCERIA COMO SUPORTE PARA A FORMAÇÃO

À semelhança de muitas outras áreas de saber, as metamorfoses económicas e políticas, assim como científicas e tecnológicas, têm repercussões e provocam mudanças no mundo da Enfermagem. Neste sentido, e na tentativa de dar respostas adequadas aos problemas que vão surgindo, torna-se premente introduzir mudanças não apenas na forma de praticar a Enfermagem como também na sua própria concepção. Neste processo, as escolas assumem um papel extremamente importante, funcionando como um veículo de mudança, através quer dos estudantes que forma quer dos profissionais com que lida directa e indirectamente. Os docentes constituem-se, assim, como mediadores dinâmicos, criativos, críticos e reflexivos (Alarcão e Tavares, 2007).

A formação envolve diversas problemáticas que, por sua vez, lhe conferem uma enorme complexidade. A articulação entre as várias instituições envolvidas assume, neste contexto, especial relevância pelo impacto que tem directamente no sucesso de todo o processo.

Na formação em enfermagem a importância dos ensinamentos clínicos é inquestionável. Na opinião de Espadinha e Reis (1997), estes momentos proporcionam ao estudante experiência que propicia a compreensão de determinados conhecimentos teóricos assim como a tomada de consciência da distância existente entre o mundo da lógica didáctica onde se enunciam as verdades e o mundo em que se exige eficácia (lógica produtiva).

Neste encadeamento, a eficácia e eficiência de todo este processo de aprendizagem e formativo passa pela colaboração dos actores intervenientes no mesmo. Se houver articulação e complementaridade entre a formação desenvolvida nos dois espaços formativos, desenvolver-se-á um conhecimento contextualizado, com lugar não só à aquisição de novos conhecimentos como à consolidação dos já existentes (Andrade, 2005). Desta forma o trabalho desenvolvido pelos profissionais irá complementar-se e completar-se. É neste contexto que o recurso a parcerias assume uma importância primordial.

3.1 – Colaboração e parceria: partilha de responsabilidades

As parcerias estão presentes no nosso dia-a-dia embora por vezes possamos não ter consciência desse facto. É cada vez mais comum que as diversas organizações explorem interesses mútuos, desenvolvendo actividades ou projectos em conjunto, colaborando entre si (Carvalho, 2003).

Em termos etiológicos *parceria* surge como uma “*associação ou sociedade de indivíduos que tem por fim a preservação de interesses comuns*” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2008).

Neste contexto emerge o termo colaboração que é a acção de colaborar com alguém, envolvendo um trabalho conjunto, uma participação, uma ajuda, um auxílio. (Dicionário da Língua Portuguesa, 2008). Esta cooperação pode ser ou não recíproca, sistematizada e até mesmo protocolada. Nesta acepção aproxima-se do conceito de parceria.

Barbier (1995, in Canário e Canário, 1997) define a prática das parcerias como a fusão das diferentes partes envolvidas que, a partir dos recursos existentes, convergem os seus interesses construindo projectos conjuntos. Sirotnik e Goodlad (1988 In Zay, 1997:13) consideram as parcerias como um “*paradigma alternativo*”, que surge como um “*projecto de formação oposto a uma visão economicista do mundo*”. A parceria surge assim como uma nova resposta emergente na educação e na formação.

Neste seguimento, Vieira e Sá (1998) consideram parceiros todos aqueles que, embora possam ter objectivos e interesses próprios, inerentes à sua actividade específica, se organizam tendo por base objectivos comuns.

Remetendo-nos para a nossa área de saber e mais especificamente para a formação em enfermagem, consideramos de extrema importância a criação de processos de parceria entre as organizações educativas e profissionais construindo uma nova cultura de aproximação e colaboração que se situa na interface do campo consensual e do campo relacional dos parceiros envolvidos (Carvalho, 2003). Neste âmbito, urge “*dinamizar e inventariar formas de colaboração e de trabalho conjunto entre os serviços e as escolas*”

perspectiva-se como uma via duplamente enriquecedora: para as unidades e para as escolas” (Costa, 1998: 148).

Desde sempre, a formação em enfermagem encontra-se intimamente ligada ao contexto de trabalho. O forte carácter prático da profissão está na origem dessa ligação repercutindo-se na estrutura curricular do curso, onde o ensino clínico ocupa um lugar de destaque. Esta relevância atribuída a estes momentos formativos é corroborada com uma afirmação de Boterf (1995: 42), segundo o qual *“se a competência só existe quando é aplicada, isso quer dizer que a empresa – o local de aplicação – intervém na produção de competências”*.

A formação ministrada nas ESE tem que ser complementada com a aprendizagem prática desenvolvida nas IS para que o estudante adquira os saberes e a competência profissional necessários ao futuro exercício profissional. As diversas formas de *“organizar essa formação, que alterna aprendizagens na escola com aprendizagens em contexto de trabalho, conduziram ao aparecimento da chamada formação em alternância”* (Andrade, 2005: 22).

Assim, nascida a partir de um movimento que preconiza a aproximação dos processos formativos ao mundo do trabalho, a formação em alternância aspira assegurar a apropriação de instrumentos conceptuais imprescindíveis ao desenvolvimento de competências, com a indispensabilidade da preparação para o exercício profissional recorrendo às componentes técnicas e práticas. Deste modo, as aprendizagens efectuadas na escola são transferidas para o contexto real de trabalho (Andrade, 2005; Cabrito, 1994).

As situações práticas criadas pelas escolas em sala de aula ou laboratório contribuem para a aquisição de atitudes e comportamentos mas não reproduzem a complexidade do exercício profissional – são *“artificiais”* e por isso despojadas da interactividade colectiva, da imprevisibilidade da prática e das exigências que cada local ou momento específico pode impor. Daí que *“a articulação entre um momento em que a actividade principal é apreendida com todos os seus ensaios, erros e repetições”* e o exercício profissional propriamente dito onde não há lugar a falhas, seja indispensável na medida em que possibilita que o estudante se familiarize com o mundo do trabalho (Andrade, 2005: 26).

Dependendo da importância do papel desempenhado por cada uma das entidades formadoras – escola e instituição de trabalho – alguns autores assinalaram formas de alternância distintas.

De acordo com Pelpel (1989, citado por Carvalhal, 2003), podemos considerar dois tipos de alternância de acordo com a instituição que detém o poder de decisão. Deste modo, se é o local onde se desenvolve a prática que decide o processo formativo e a orientação do estudante temos a alternância centrada na prática. Neste caso predominam os períodos de formação em contexto de trabalho. Por outro lado, a alternância centrada no ensino caracteriza-se pelo facto do poder decisivo em todo o processo formativo, de supervisão e selecção das experiências práticas dos estudantes estar na escola (Andrade, 2005).

No caso específico da formação inicial em enfermagem, apesar do número de horas destinadas aos ensinamentos clínicos ser bastante significativa, frequentemente superior às projectadas para a componente teórica, verifica-se que o poder de decisão relativamente ao processo formativo em geral é detido pelas escolas.

Até à década de noventa do século XX, a supervisão do desenvolvimento dos estudantes durante os ensinamentos clínicos era realizada por professores da ESE que os acompanhavam nos serviços onde aqueles eram realizados. Desde então ocorreram mudanças que impeliram a criação de alternativas supervisivas (Pires, 2004).

A publicação do Decreto-Lei 166/92 de 5 de Agosto, que define o regime aplicável aos docentes das ESE, introduziu alterações ao regime de horário de trabalho definindo nomeadamente o tempo máximo disponível para a relação directa com os estudantes. Estas mudanças inviabilizaram as metodologias até então adoptadas na supervisão dos estudantes em ensino clínico.

Posto isto, o processo supervisivo que envolvia até à data o docente da ESE e o estudante, passa a contar com mais um elemento – o enfermeiro prestador de cuidados. A supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico passa assim a envolver três actores que, desempenhando papéis distintos, interagem entre si – docente da ESE, enfermeiro da IS e estudante. Esta complementaridade tornou-se fulcral e os enfermeiros dos serviços

passaram a ser encarados como parceiros com responsabilidade na formação dos estudantes de enfermagem (Andrade, 2005).

Esta temática das parcerias tem sido estudada nos últimos anos por diversos autores, dada a relevância que os mesmos lhe atribuem e a importância que muitos lhe reconhecem. Estudos realizados demonstram, a partir de diferentes depoimentos, que as parcerias entre enfermeiros (os dos serviços e os professores), para além de facilitarem a aproximação entre os dois grupos profissionais, permitem “*uma orientação dos estudantes mais rica e completa*”, quer sobre o ponto de vista pedagógico, quer na prestação directa de cuidados aos utentes, uma vez que cada um está mais seguro das funções que tem que desempenhar e põe ao serviço da formação e dos alunos os saberes que melhor domina. Desta forma, a colaboração dos dois orientadores clínicos complementa-se (Carvalho, 2003: 78).

De acordo com Nóvoa (1992a: 30) é fundamental que “*a horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências*”. Em termos legislativos, o Despacho 8/90 de 17 de Março, referente à formação dos enfermeiros, aborda esta questão referindo que:

“Todos os estabelecimentos e serviços do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às escolas superiores de enfermagem, nomeadamente:
- *Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros;*
- *Permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços*”.

(Diário da república n.º 64, de 17/03/1990:2706).

Subentende-se assim, da análise deste Despacho, um incentivo à parceria entre as instituições referidas. Porém, é precisamente este ajuste que consideramos estar muitas vezes em falta.

Na nova perspectiva de formação em enfermagem, o núcleo central do processo formativo é constituído pelo trabalho em equipa. Zay (1994) encara a aprendizagem sobre as representações de alguém externo ao meio escolar como incentivo à renovação do mesmo.

O estabelecimento de parcerias na formação de estudantes de enfermagem, mais precisamente na sua supervisão em ensino clínico, conduz “*a uma nova forma ética de entender as relações entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, valorizando-se a reciprocidade, as relações de confiança, de respeito, assim como a responsabilidade mútua dos parceiros...*” (Andrade, 2005: 55), daí que se torne premente promovê-las.

O ensino clínico constitui-se assim como uma experiência em que os docentes e tutores são co-responsáveis no processo de aprendizagem dos alunos, sendo que os seus papéis devem ser os de facilitadores desse mesmo processo (Carvalho, 2003). Cabe-lhes a eles ajudar os alunos a desenvolver as aptidões estimulando sempre o seu pensamento reflexivo, para que possam ter uma visão crítica da realidade que os rodeia e assim crescerem ao longo do processo de aprendizagem.

Consideramos que este é um processo pessoal que, passando pelo interior da pessoa, se vai traduzir numa modificação estável do comportamento. Durante o ensino clínico o estudante “*aprende a tomar decisões coerentes com a prestação de cuidados, de acordo com concepções, valores e conhecimentos que vai adquirindo em contacto com a realidade profissional.*” (Carvalho, 2003: 41). A sua socialização profissional, a aquisição de determinados valores e a compreensão de outros, o aprofundar de conhecimentos e de concepções acontecem em grande parte no decorrer dos ensinos clínicos (Carvalho, 2003). Todo este percurso é acompanhado e mediado pelos professores e pelos tutores que colaboram na promoção da melhor formação dos estudantes.

Em termos práticos poderemos considerar *parcerias* como a fusão das diferentes partes, passando pela convergência de interesses e a construção de projectos conjuntos.

Segundo Abreu (2003: 50), “*a colaboração entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo estruturante da formação dos enfermeiros*”, dos docentes e dos próprios estudantes, acrescentaríamos.

Temos, contudo, a consciência de que a implementação de parcerias é um processo por vezes complexo, acarretando determinadas problemáticas que têm que ser ultrapassadas. Se, por um lado, temos as escolas de enfermagem como “*intuições credíveis na dimensão*

de saberes”, por outro, temos os serviços de saúde “*como locais de práticas e acção*” (Belo, 2003: 19). Para superar estas questões “*os actores envolvidos têm que desenvolver novos papéis e estabelecer relações diferentes com parceiros que têm finalidades diferentes*” (Mazalon, 1997).

3.2 – Contextos de parceria: actores e processos

As organizações envolvidas num trabalho em parceria baseiam-se em teorias e concepções ideológicas que direccionam os seus eixos de actuação no sentido de envolver os actores numa mesma estratégia, de forma a atingirem o objectivo principal que é o desenvolvimento (Andrade, 2005; Carvalhal, 2003).

Em enfermagem, à semelhança de muitas outras áreas, a formação constitui-se como um processo complexo que envolve uma multiplicidade de actores e organizações com funções específicas e diferenciadas, que interagem entre si (Carvalhal, 2003). Partindo da constatação da necessidade de novos perfis profissionais que possibilitem dar resposta às actuais exigências, as organizações educativas e profissionais terão de esbater a “*dualidade separatista teoria/prática*” (Arco, 2003: 23). Neste contexto, Figueiredo (1995: 107) e Franco (2000) referem-se precisamente a este desencontro apontando mesmo algumas razões que consideram estar na sua origem:

- A dicotomia entre escolas e serviços ou entre a imagem transmitida por aquelas e a realidade demonstrada por estes;
- A falta de valorização dos conhecimentos e vivências pessoais e profissionais dos alunos;
- “*O Conflito entre o currículo explícito e o currículo oculto*”, isto é, as contradições entre o que se espera que os alunos façam e aquilo que se faz com eles;
- “*O afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica e a desvalorização*” da mesma conduzindo-os a um ensino desinserido da realidade;

- “A falta de clarificação do papel do docente e do enfermeiro” no processo de supervisão do ensino clínico.

Concordamos com Charlot (1976, citado por Malglaive, 1995: 39) ao referir que:

“é preciso libertarmo-nos do pseudo dilema entre “saberes práticos” e “saberes científicos”, que coloca o problema em termos de tipos de objectivos e não de tipos de relações com o saber. Um saber “praticado” não pode ser senão um saber que esclarece a prática (...). Um saber “científico” só é um saber se tiver um sentido para aquele que o adquire e se lhe permitir enfrentar melhor certas situações e resolver melhor determinados problemas”.

Numa visão mais simples, sem contudo ser redutora, Roldão (1999: 105) alega que “a melhor prática é uma boa teoria, que implica aceitar também a sua contrária – a boa teoria só se torna real na boa prática”. Torna-se então imperativo que os intervenientes na formação, tanto do meio académico como do profissional entendam a existência desta dualidade para que não haja oposição de campos formativos.

Cruz (1994: 81) defende que a teoria não deve estar desligada da realidade para não se tornar “uma teoria no vazio” ou “um empirismo desconexo”. Devem fomentar-se a complementaridade, o entendimento e a compreensão, promovendo a construção do conhecimento através dos aportes e da investigação conjuntos (Lopes, 2006).

Consideramos que a aposta no futuro, através da cooperação entre os diferentes responsáveis pela formação, conduzirá à aproximação destas duas vertentes. Neste sentido, a actuação dos docentes e tutores deve ser complementar (Espadinha e Reis, 1997). Só deste modo, teoria e prática, se poderão conjugar “numa acção dialéctica construtiva e proporcionadora de desenvolvimento”(Arco, 2003: 23).

Para isso, Correia (1995) defende que as escolas devem relacionar-se com os contextos de trabalho e os sistemas de formação devem ser cada vez mais permeáveis à lógica da prática para que assim se possam tornar qualificantes. Conhecendo melhor a realidade, a escola

identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática.

Como expõe Miller (1985) “*enquanto os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser (enfermagem ideal,) os profissionais dos serviços praticam-na como ela é (enfermagem real)*” (citado por Silva e Silva, 2004: 106). Podemos assim dizer que a competência só existe quando é aplicada, ou seja, o local da sua aplicação interfere na produção de outras competências, o que significa que esta tarefa não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho (Silva e Silva, 2004).

Neste contexto, Bento (1997), no seu livro “*Cuidados e Formação em Enfermagem – Que Identidade?*”, defende que uma maior interpenetração entre docência e exercício profissional proporcionarão ao ensino de enfermagem relevância e adequação da disciplina face às necessidades dos formandos. A autora realça ainda a importância de, no processo de formação, haver espaço não apenas para observar como também questionar, analisar e reflectir sobre a própria prática e a dos outros. “*Na nova perspectiva de formação em enfermagem, o trabalho em equipa constitui-se como o núcleo central*” (Carvalho, 2003: 56).

Partilhando destas concepções consideramos que a integração dos alunos e dos professores nas equipas de enfermagem se torna urgente na medida em que só assim será possível verbalizar, discutir e reflectir a prática, através de um debate colectivo, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A criação de teorias com origem na prática tem sido sugerida como forma de fomentar a reflexão dos estudantes a partir do contexto real, alegando a imprevisibilidade e diversidade dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 1995). Nós consideramos que a relação entre estas duas vertentes não deve ser vista num único sentido, mas sim numa relação dialógica em que teoria e prática se informam uma à outra (Zeichner, 1993).

Vários autores, (Alarcão, 1991; Amador, 1991; Pinto, 1995; Abreu, 2007) têm chamado a atenção para a importância de uma adequada comunicação e colaboração entre as ESE e as IS, considerando mesmo essencial a implicação dos enfermeiros no processo de orientação

dos estudantes que desenvolvam ensinamentos clínicos nos seus serviços. Isto requer obviamente formação e um trabalho conjunto para que haja complementaridade, continuidade e concludentemente qualidade no ensino.

Deste modo, podemos constatar, através da análise das práticas supervisivas ao longo dos anos, ou de documentos referentes às mesmas, que as parcerias são cada vez mais frequentes, o que contribui para alargar os horizontes e melhorar a articulação entre as ESE e as IS. Segundo Maroy (1997), esta aproximação reclama a existência de um projecto comum entre os actores de formação e da prática profissional. O desenvolvimento de projectos de cooperação em torno da supervisão das práticas clínicas, entre docentes das escolas de enfermagem e enfermeiros “*emerge [assim] como prioritário*” (Carvalho, 2003: 56).

Num estudo sobre a *Educação em Enfermagem*, Amador (1991), conclui que os estudantes entendiam os papéis dos professores da escola e dos enfermeiros dos serviços como complementares, considerando muito importante a orientação clínica em parceria. O enfermeiro orientador, ou tutor, é encarado pelos alunos como “*um elo de ligação ao mundo real da enfermagem, que lhes facilita a integração e a compreensão desse [mesmo] mundo*” (Carvalho, 2003: 61).

No entanto, segundo Carvalho (2003), os estudantes reconhecem que falta algo na orientação dos enfermeiros dos serviços. Embora lhes reconheçam uma maior adequação às necessidades dos utentes e dos serviços, consideram que faltam alguns aspectos que têm de ser complementados pelos professores, nomeadamente a relação entre teoria e prática, a elaboração de registos e a orientação no processo de enfermagem.

Ainda que, nem sempre as IS reconheçam a pertinência de investir nesta área, é cada vez mais notório o esforço realizado no sentido de, colaborando com as escolas através da realização de protocolos formalizados de parcerias para orientação clínica, tentar “*diminuir a dicotomia formação/prática profissional e o choque da realidade observada nos recém-formados*” (Carvalho, 2003: 77).

A constatação de que a prática e a formação são ambas essenciais no processo formativo contribuindo de igual modo para o desenvolvimento, afirmação e valorização da profissão, levou, como refere Kirtpatrick (1991), a que se começassem a considerar diferentes modelos de colaboração Prática/Formação.

Neste sentido, podemos constatar que tem havido uma preocupação por parte das escolas em organizar parcerias. A integração de enfermeiros da prática no processo supervisiivo como mentores tem sido uma das formas mais utilizadas, a outra passa pelo desenvolvimento de modelos de colaboração ESE/IS, criando parcerias inter-institucionais.

Contudo, é fundamental que estas parcerias não se restrinjam apenas a projectos e que vão para além da colaboração na formação clínica dos estudantes. Santos (1999), citado por Abreu (2003: 52), destaca a ideia de que para que se verifique uma verdadeira colaboração entre as instituições implicadas, para além dos objectivos comuns, tem de haver

“um trabalho de sistematização em torno de diversas dimensões: interdependência e complementaridade dos papéis, partilha de recursos e de informação, aproximação efectiva entre todos os actores envolvidos, co-responsabilização individual e colectiva e, não menos importante, apoio aos parceiros para o desenvolvimento das acções de cooperação”.

A formação em enfermagem e a orientação em ensino clínico, só ganham sentido se forem baseadas numa relação de parceria, *“onde a horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências e não baseando-se na anulação das competências dos diversos actores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de uma cooperação”* (Nóvoa, 1992a: 32). Deste modo, docente e tutor supervisionarão o desenvolvimento dos estudantes promovendo uma *“aprendizagem integrada e integradora da teoria na prática”* (Franco, 2000: 34).

No âmbito de um estudo que desenvolveu na área, Sá-Chaves (2007: 179-180) defende que o processo de supervisão deve ser encarado *“como uma dupla mediação entre o conhecimento e o formando, num processo facilitador do desenvolvimento... pessoal e*

profissional”. Esta dupla mediação passa pela “*criação de condições propiciadoras de uma envolvimento da aprendizagem cognitivamente estimulante e afectivamente gratificante*” e pela “*monitoração de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática*”. Consideramos, transpondo para a nossa realidade, que é extremamente importante que se verifique essa mediação entre os diferentes formadores envolvidos no processo de supervisão.

3.3 – As parcerias como espaço de mudanças estratégicas

A valorização das práticas e o investimento na qualidade das mesmas não implica nem pretende minimizar o saber académico, mas antes inseri-lo num projecto global de formação. O confronto destes dois tipos de cultura formativa causa por vezes alguma destabilização. Neste contexto, é importante salientar que o estabelecimento de parcerias pressupõe uma postura ética que respeite a identidade do parceiro e valorize a iniciativa pessoal e colectiva, na busca da satisfação dos objectivos partilhados (Andrade, 2005).

As parcerias reportam-se em termos genéricos a relações inter-institucionais. A par dos próprios objectivos, as instituições, com base num interesse comum, traçam estratégias e métodos que lhes permitam atingir os objectivos partilhados. A constituição de uma parceria implica assim a aceitação por parte de cada actor em modificar a sua identidade em função do projecto definido com os diversos parceiros (Roland, 1993). Neste sentido, importa salientar a importância que a parceria entre os actores envolvidos tem no sucesso do projecto. Neste contexto, Clenét e Gérard (1994) consideram que a parceria inter-institucional e a parceria inter-actores devem coexistir.

Se é inquestionável a relevância da participação activa dos enfermeiros tutores no processo de orientação dos estudantes em ensino clínico, importa então reflectir, debater e definir os moldes em que essa colaboração deve assentar. A partir daí, e da convicção de que as instituições envolvidas têm implicações diferentes mas complementares, com zonas de contacto das escolas e dos serviços, onde a comunicação, a relação de confiança e o respeito mútuo são essenciais, as formas de colaboração devem ser criteriosamente postas em prática (Kirkpatrick et al., 1991).

Silva (1990) reforça a necessidade da formação estar adequada à realidade e às necessidades do formando. Na mesma linha de pensamento, Santos (1994: 127) considera premente a reforma do sistema educativo no sentido de se “*desenvolver o processo de renovação/criação de novas competências, como por exemplo, a melhoria da articulação entre a educação/formação e o mundo do trabalho*”.

Vivemos na era da qualidade ou pelo menos da sua reclamação. A satisfação dos clientes, a avaliação dos cuidados/ serviços prestados assim como a sua eficiência são questões cada vez mais estudadas. A exigência por parte do consumidor, seja em que área for, é cada vez maior, daí que, também na formação, as instituições envolvidas se deparem “*hoje em dia com a necessidade de estabelecer uma nova relação com diversos parceiros sociais, para poderem dar resposta às solicitações que lhe são feitas*” (Arco, 2003:24). Assim, a escola terá que mobilizar esforços no sentido de dar resposta a esta necessidade social, uma vez que a melhoria da qualidade do ensino “*aparece cada vez mais indissociável da sua adaptação aos novos paradigmas cultural e tecnológico existentes*” (Arco, 2003: 24).

Do mesmo modo, as IS terão de procurar estimular os seus elementos para a aquisição de novas competências promovendo uma gestão estratégica dos seus recursos humanos baseada na cooperação, tornando-se elas próprias espaços de formação e de desenvolvimento (Arco, 2003).

Conscientes do facto de que, assim como inúmeros saberes práticos escapam a muitos dos professores, também muitos saberes teóricos escapam a muitos enfermeiros (d’Espiney, 1997), reforçamos a necessidade de conjugar o ensino teórico com o saber prático.

Carvalho (2003: 175) considera que para “*haver concordância entre o modo como se entende que devem ser os cuidados de enfermagem e o modo como se percepção a sua prestação e a formação de novos profissionais*”, é fundamental que a colaboração entre as escolas e as IS seja sistematizada e organizada. Contudo, concordamos com o autor quando este diz que será um processo difícil e moroso, com avanços e retrocessos, mas continuamos a encará-lo como o melhor caminho.

Nesse sentido, o mesmo autor propõe *“reforçar o trabalho de colaboração Escola / Organizações de Saúde”* o que, na sua opinião passará por uma maior inserção dos enfermeiros *“nas diferentes fases de planeamento do ensino clínico, [pela] inclusão dos professores nas discussões dos problemas dos serviços de saúde [e pelo debate] com os enfermeiros no sentido destes perceberem e interiorizarem a importância deste seu papel na formação de enfermeiros”* (Carvalho, 2003: 176).

A parceria entre estas duas organizações é imprescindível e deve concretizar-se sob a forma de um modelo em que ambas as partes possam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento do estudante, dos profissionais e da profissão (Pinto, 2000). Para atingir este propósito, as escolas e as IS terão de optar por

“um modelo de formação clínica dos alunos que aponte para uma integração destes nas equipas de trabalho (dinâmica na qual o docente surge como interlocutor e dinamizador das aprendizagens), para uma reorganização dos contextos assistenciais e para a legitimação dos saberes informais na formação” (Abreu, 2001).

A formação em enfermagem, em geral, e a orientação clínica dos estudantes, em particular, terão de deixar de ser vistas como responsabilidade exclusiva das escolas, para passarem a ser encaradas como um projecto conjunto das duas organizações, *“passando assim, estudantes e professores, a serem considerados parte integrante das equipas de saúde dos serviços e os enfermeiros, de igual modo, a serem vistos, como parceiros com responsabilidade na formação dos estudantes de enfermagem”* (Carvalho, 2003: 59).

A colaboração entre escolas e serviços de saúde, no âmbito da orientação em parceria, deve constituir um *“estímulo para unir o que de melhor existe, quer em cada um dos espaços de formação, quer em cada um dos orientadores dessa formação”* (Carvalho, 2003: 62). A escola deve ultrapassar *“as margens estreitas do seu isolamento, para, em conjunto com os enfermeiros da prática, recriar a sua identidade e as suas práticas”* (Andrade, 2005: 56). Por seu lado, o tutor deve incrementar uma relação pedagógica que promova a autenticidade dos actores envolvidos proporcionando maior solidez no desenvolvimento de novos projectos e para a abertura entre ambos os parceiros no processo de formação.

Concordamos com Carvalho (2003: XI) ao considerarmos que a importância da supervisão em parceria na formação dos profissionais de enfermagem *“reside no facto de cada um dos orientadores clínicos contribuir com os saberes e competências que melhor domina tornando a formação dos estudantes mais completa, coerente e consistente”*. Espadinha e Reis (1997), ao analisarem as próprias experiências de formação de estudantes de enfermagem, consideram que as parcerias contribuem positivamente naquele processo uma vez que permitem a actualização profissional permanente. Por outro lado, e de acordo com Nóvoa (1992a), a supervisão em parceria conduz à recriação das práticas e até mesmo da identidade profissional tanto dos enfermeiros como dos professores.

Nesta sequência, é premente reflectir sobre a relação pedagógica e o ambiente em que o ensino clínico de enfermagem decorre. *“Se queremos formar enfermeiros autónomos e competentes, capazes de se desenvolverem como pessoas e como profissionais, o próprio curso deve privilegiar o desenvolvimento dessas atitudes nos estudantes”* (Carvalho, 2003: 177).

Para que estes projectos de formação em parceria resultem é fundamental que coexistam um conjunto de mudanças mais abrangentes que atingem a escola e toda a cultura envolvente, desde os órgãos de gestão e administração à comunidade educativa e às IS, abrangendo também os diferentes elementos. Estas mudanças passam pela modificação de atitudes que por sua vez resultam da aprendizagem social (Anjos e Monge, 1991).

Vários autores sugerem, por exemplo, que a carreira de enfermagem que se encontra em reestruturação, deveria contemplar a criação da categoria profissional de enfermeiro orientador (Carvalho, 2003). Segundo Mucchielli (citado por Gonçalves, 1995), para que os adultos se sintam motivados para um determinado trabalho é necessário que tenham não só a percepção da sua utilidade e da sua finalidade como também prestígio social que servirá de estímulo para os esforços pessoais.

A construção de uma parceria deste tipo implica mudanças ao nível individual, dos grupos e das instituições, que *“só se tornarão realmente efectivas se apropriadas, criadas e recriadas pelos diferentes intervenientes da acção educativa nos seus contextos de trabalho”* (Andrade, 2005: 56).

Em síntese, urge melhorar a comunicação entre as instituições e entre os actores, no sentido de facilitar a formação de parcerias ou mesmo de colocar em prática os processos já criados, promovendo uma participação acrescida e consequentemente um aprofundamento da democracia (Nóvoa, 1992b).

Acreditamos que se vai instalando progressivamente um novo paradigma educativo, que colocando o formando no centro do processo instrutivo, perspectiva o desenvolvimento do conhecimento a partir da sua percepção. Segundo Melo (1998) o principal objectivo deste novo paradigma passa pela formação de cidadãos motivados, informados, críticos e intervenientes. A parceria constituir-se-á, assim, como a alavanca de uma sociedade democrática conjugando projectos educativos, de formação dos estudantes e da própria sociedade (Zay, 1997).

PARTE II

ESTUDO EMPIRICO

1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO

A formação inicial em enfermagem constitui-se como o princípio de um percurso formativo marcado pelas características e expectativas pessoais e individuais, determinando o futuro pessoal e profissional de cada formando e, consequentemente, da profissão. O estudante tem a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e competências, desenvolver habilidades, incrementar a capacidade de inovação e análise crítica, sendo este processo sustentado pelos formadores.

O ensino clínico situa-se, neste contexto, como um espaço privilegiado na formação dos estudantes de enfermagem na medida em que os aproxima da realidade profissional. A observação e o desenvolvimento das actividades práticas e fundamentalmente a reflexão na e sobre a acção permitem aos estudantes compreender, relacionar e aprofundar os conhecimentos teóricos apreendidos, perceber o significado de “ser enfermeiro” e a identidade da própria profissão. Deste modo, a reflexão promove a (re)construção do conhecimento, a atribuição de significado e a metamorfose da pessoa em todas as dimensões.

Dada a relevância reconhecida da formação clínica, a supervisão do desenvolvimento dos estudantes nestes momentos tem sido uma preocupação crescente. Vários estudos têm sido desenvolvidos abordando o assunto dos diversos ângulos. Foi também esta a temática que suscitou o nosso interesse. Abordámos na pesquisa bibliográfica várias concepções desde a formação em enfermagem, à supervisão dessa formação em ensino clínico, com especial destaque para as parcerias estabelecidas neste processo focando a colaboração entre os supervisores – docentes das ESE e enfermeiros das IS.

Carvalho (2003) desenvolveu um trabalho que lhe permitiu estudar a supervisão em ensino clínico, analisando o papel dos orientadores numa dinâmica de parceria. Partindo das valorizações dos estudantes relativamente a cada um dos parceiros, a autora reafirma a importância de uma formação pedagógica dos dois orientadores clínicos (docente e enfermeiro tutor), assim como a necessidade de uma reconceptualização e reestruturação das suas percepções relativamente ao papel desempenhado. Num estudo realizado por Rajj

(2000), citado por Abreu (2003), no qual pretendia analisar as aprendizagens em ensino clínico, os enfermeiros nem sempre entendem que orientar os estudantes faz parte das suas funções.

Higarashi (2003) desenvolveu também um estudo neste âmbito do qual se destaca a falta de orientação didáctica, pedagógica e metodológica na condução de todo o processo de ensino/ aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, assim como a inexistência de canais de comunicação efectiva entre os actores nele envolvidos (docente, estudante e tutor ou equipa de enfermagem). A autora refere ainda o enfoque do ensino para a racionalidade técnica, a falta de mecanismos ou estratégias que promovam o desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo do estudante e problemas na interacção em situações de ensino. A promoção de núcleos de formação, de reflexão, avaliação e pesquisa das práticas, é apontada pela mesma autora como sugestão para a busca do desenvolvimento pessoal e profissional de todos os intervenientes no processo de supervisão dos ensinos clínicos.

Instigados por estes e outros estudos, partindo das nossas vivências e consequentes preocupações enquanto tutores, assim como da tomada de consciência relativamente à importância e às problemáticas do processo de supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, fundamentada pela pesquisa bibliográfica, propusemo-nos inicialmente analisar os processos de parceria inter-institucional e a respectiva repercussão na prática. À medida que íamos desenvolvendo o estudo fomos apercebendo da complexidade do mesmo e da dificuldade de abordar várias vertentes na perspectiva dos diversos actores intervenientes no processo, que se assume desde logo como multidimensional, no tempo que tínhamos disponível.

Assim, optámos por definir como tema do nosso trabalho o “processo de colaboração na formação dos estudantes em ensino clínico”, centrando o estudo empírico na caracterização das experiências dos tutores no processo de supervisão dos mesmos.

A definição e conceptualização desta problemática surgem na tentativa de dar resposta a um conjunto de questões que acabaram por nortear o nosso estudo, e que passamos desde já a sistematizar:

- a) Que representações possuem os tutores relativamente ao processo de supervisão dos EC de enfermagem?
- b) Que importância atribuem os tutores à formação específica em supervisão?
- c) Qual a articulação estabelecida entre o tutor e o docente da ESE ao longo do processo de supervisão dos EC?
- d) Qual a relevância atribuída pelos tutores à criação de parcerias interinstitucionais no âmbito da supervisão dos EC?

Encontrar a resposta a estas questões contribuirá para atingir os objectivos que delineámos e que expomos de seguida:

- Caracterizar as representações dos tutores relativamente ao processo de supervisão em EC;
- Analisar a opinião dos tutores sobre a formação específica em supervisão dos EC;
- Analisar as intervenções dos diferentes actores na organização dos EC;
- Avaliar a opinião dos tutores relativamente aos processos colaborativos no contexto da relação entre a ESE e a IS;
- Identificar estratégias que possam enriquecer o espírito e a prática das parcerias no âmbito da supervisão dos EC.

Apesar de ser uma área já abordada e explorada em alguns estudos, consideramos que as percepções, experiências e expectativas dos enfermeiros tutores são ainda pouco percebidas como ficou demonstrado pela revisão de literatura que realizámos. Procurámos, então, compreender e analisar a realidade contextualizada e vivenciada destes profissionais atendendo ao seu papel de actores na supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Encaramos esta temática como fundamental na procura e promoção da qualidade destes espaços e/ou momentos formativos.

Após a primeira parte onde procurámos rever, aprofundar e cimentar conhecimentos que vieram orientar o nosso estudo, partimos para o estudo empírico que constitui a segunda parte, dedicada ao desenvolvimento do processo de investigação.

Procurámos, de uma forma sistemática, descrever e fundamentar os procedimentos adoptados para a concretização deste trabalho. Neste contexto, apresentamos assim a problemática e as questões de investigação que estiveram na base deste estudo para, de seguida, descrever as opções metodológicas e o desenho da investigação que, segundo Fortin (1999: 132), “[...] *é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação...*”

2 – METODOLOGIA

Na procura de respostas às questões que presidiram a nossa investigação recorreremos à metodologia que nos pareceu mais adequada e que apresentamos neste capítulo. Certos de que a escolha do método e técnicas a utilizar condicionam em grande parte o êxito do estudo, colocámos em prática um conjunto de actividades de forma a permitir a realização efectiva do mesmo.

A metodologia expõe as estratégias adoptadas pelo investigador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação, constituindo-se como um plano orientador do trabalho (Pardal e Correia, 1995; Polit e Hungler, 2004).

Neste seguimento podemos considerar que o método traça “*o caminho para se chegar a um determinado fim*” (Gil, 1995: 27) e que a metodologia abarca a descrição e a análise dos procedimentos e técnicas específicas para a colheita e análise de dados, as respectivas potencialidades e limites, bem como os pressupostos subjacentes à sua aplicação.

Este capítulo encerra, assim, a organização criteriosa das práticas desenvolvidas ao longo do estudo que se desenvolve desde a formulação das questões iniciais, na busca de conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais.

2.1 – Tipo de Estudo

O presente estudo, ao procurar obter mais informação relativamente às parcerias na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, assume-se como um estudo descritivo (Fortin, 1996).

No decurso da determinação do objecto de estudo e da configuração do desenho investigativo, e atendendo aos objectivos que nos propusemos alcançar, a nossa opção recaiu numa abordagem qualitativa.

De acordo com Bogdan e Biklen (1999: 16) este tipo de abordagem privilegia “*a compreensão dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos da investigação*”. O investigador que orienta a sua investigação através do método qualitativo preocupa-se com a compreensão absoluta e abrangente do fenómeno em pesquisa, “*observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. O objectivo desta abordagem de investigação é descrever ou interpretar, mais do que avaliar*” (Fortin, 1999:22).

Na perspectiva de Bogdan e Biklen (1999: 16), a investigação qualitativa permite “*a recolha de dados ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. Privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação*”. Os mesmos autores consideram que, neste tipo de investigação, “*o processo de condução... reflecte uma espécie de diálogo entre os investigadores e os respectivos sujeitos, dado estes não serem abordados de forma neutra*” (Bogdan e BiKlen, 1999: 51).

De forma mais elaborada, Streubert e Carpenter (2002: 18) definiram seis características essenciais na investigação qualitativa:

“a) Uma crença em múltiplas realidades; b) um compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; c) um compromisso com o ponto de vista do participante; d) uma conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse; e) um reconhecimento da participação do investigador na investigação e f) uma compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária incluindo os comentários dos participantes”.

2.2 – Participantes no Estudo

De acordo com os objectivos que nos havíamos proposto atingir, e tendo por base estes pressupostos, avançámos para a definição de um critério geral em que os participantes no nosso estudo teriam de se inserir, e o qual passamos a expor:

Enfermeiros em exercício da profissão que cooperem na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

De seguida, tendo presente o foco de investigação proposto e a estratégia de colheita de dados que decidimos utilizar, a precisão de determinar os critérios de inclusão dos participantes no estudo levou-nos a tomar um conjunto de decisões.

Deste modo, restringimos os participantes aos enfermeiros das unidades de internamento dos serviços de medicina dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Esta opção prendeu-se com a tentativa de manter alguma uniformidade relativamente aos contextos dos ensinos clínicos e, simultaneamente, não o reduzir uma vez que na referida instituição existiam, na altura, quatro serviços de medicina (Serviço de Medicina I, Serviço de Medicina II, Serviço de Medicina III – Internamento de Homens e Serviço de Medicina III- Internamento de Mulheres).

Pelas razões já referidas decidimos delimitar o número de participantes a doze enfermeiros tutores distribuídos equitativamente pelos quatro serviços – três elementos de cada, sendo que teriam de ter sido tutores de estudantes em ensino clínico pelo menos nos últimos três anos.

2.3 – Estratégias de colheita de dados

Elegemos a entrevista como a técnica para a colheita de informação, por considerarmos a mais adequada e que melhor poderia servir os nossos propósitos.

O recurso a esta técnica parece ser particularmente útil quando se pretende recolher dados relativos às opiniões, crenças e ideias dos sujeitos. O objectivo da entrevista é aceder ao universo de sentidos do entrevistado no que concerne à percepção do problema e às atitudes face ao mesmo assim como as propostas para lhe fazer face. Segundo Bogdan e Biklen (1999: 134), a entrevista *“é utilizada para recolher dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”*.

Tendo em conta o objecto de estudo e os participantes, optámos pela entrevista semi-estruturada por esta nos permitir conhecer o quadro de referências do sujeito explorando outros aspectos que confirmam maior visibilidade ao problema em estudo, delimitando simultaneamente os seus contornos (Bogdan e Biklen, 1999; Pardal e Correia, 1995).

Neste sentido, elaborámos um guião da entrevista organizado em sete blocos (anexo I), cada qual com objectivos definidos em função dos quais foi elaborado um conjunto de questões que reflectem o problema em estudo de forma a permitirem simultaneamente a construção de um discurso livre.

Com o objectivo de testar e validar o referido guião realizámos, em Março de 2009 uma entrevista (versão teste) a um enfermeiro de outra instituição distinta daquela onde iriam ser colhidos os dados. Através da análise conjunta com o entrevistado pudemos concluir que as questões do guião estavam explícitas e bem estruturadas com a excepção da segunda do bloco B, tendo-se procedido à reestruturação da mesma:

Questão inicial – Enquanto espaço de formação, quais são para si os principais desafios que coloca o EC?,

Questão final – Quais são, para si, os principais desafios que coloca o processo de supervisão dos EC?

No estudo propriamente dito, começámos por solicitar por escrito ao Conselho de Administração dos HUC a autorização para a realização das entrevistas. Seleccionámos esta IS pelo facto de nela se desenvolverem uma quantidade significativa de ensinamentos clínicos e também por, devido ao facto de sermos funcionários da mesma, nos facilitar a recolha dos dados. Posteriormente, após contacto com a Direcção de Enfermagem, e por indicação da Exma. Sr.^a Enfermeira Directora, procedemos a um primeiro contacto com os enfermeiros chefes dos serviços de medicina, realizando uma primeira auscultação. Após obtido o parecer por escrito dos mesmos e posteriormente à permissão efectiva para a realização do estudo, iniciámos a colheita de dados que decorreu nos meses de Junho e Agosto de 2009.

Esta foi uma etapa algo morosa devido principalmente à dificuldade de articulação para a realização das entrevistas uma vez que todos os enfermeiros tutores entrevistados trabalham por turnos e alguns deles se encontravam de férias. De qualquer forma, com a disponibilidade que todos, sem excepção, demonstraram, estas questões foram ultrapassadas.

Logo que terminámos a colheita de dados procurámos organizá-los no sentido de possibilitar e facilitar a sua análise. De acordo com Bogdan e Biklen (1999), os elementos recolhidos pelo investigador formam a base da análise que encerra um conjunto de operações sobre os elementos em bruto recolhidos no terreno, passando pela organização dos dados e na sua conversão em material operacionável, pela sistematização dos mesmos procurando a identificação de padrões que revelem aquilo que é importante e relevante de ser comunicado.

Com este propósito, procedemos à audição das entrevistas realizadas, à transcrição integral das mesmas e à leitura e releitura destas de modo a que, à medida que foram imergindo dados, identificámos e extraímos as declarações significativas. A primeira *“leitura flutuante”* (Bardin, 2000) permitiu-nos estabelecer um primeiro contacto com o conteúdo de cada transcrição obtendo uma ideia abrangente dos textos. Posteriormente, a leitura sincrética e prolongada possibilitou-nos uma avaliação das possibilidades de análise face aos objectivos do estudo. Pudemos verificar que as informações obtidas se adequavam aos objectivos do estudo.

Neste processo contámos com o auxílio do programa Atlas.ti 5.0 que nos permitiu apreender e aceder aos dados de uma forma mais sistemática. Foi assim realizado um processo de sistematização da informação obtida através das transcrições das entrevistas e das notas escritas, com o intuito de as compreender melhor. Este processo pressupôs extrair, trabalhar, organizar e dividir os dados em unidades manipuláveis, de forma a torná-los compreensivos (Streubert e Carpenter, 2002).

Bogdan e Biklen (1994: 221) realçam que, à medida que se vai lendo os dados, *“repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos”*. Estas palavras ou frases são denominadas, segundo estes

autores, de categorias de codificação, e constituem um meio de classificar os dados descritivos recolhidos. Os mesmos autores referem que o desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os seus dados na procura de irregularidades e padrões bem como de tópicos presentes nos dados e, em seguida, escreve palavras e frases que representam estes mesmos tópicos e padrões.

Temos presente que o *corpus* de análise é constituído por todo o material recolhido, visando a pesquisa que se propõe efectuar, após um processo de selecção com base em critérios devidamente explanados (Vala, 1989). Assim, o nosso *corpus* de análise é constituído por toda a informação presente nas doze entrevistas realizadas, após as correspondentes transcrições.

Neste seguimento, a análise dos dados na investigação qualitativa define-se, como “*uma fase do processo indutivo de investigação (...) [que] permite, portanto, guiar o investigador e dá-lhe pistas para descobrir o fenómeno em estudo (...)*” (Fortin, 1999: 306).

A informação então recolhida foi tratada aplicando a técnica de análise de conteúdo, por esta oferecer “*a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade*” (Campenhout, 2003: 227).

Segundo (Bardin, 2000: 42), a análise de conteúdo consiste assim num “*conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”.

De acordo com Fortin (2003: 249), este processo consiste em analisar “*... a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. São estabelecidas categorias de acontecimentos a partir dos dados [...]*”.

Partindo destes pressupostos, procedemos à identificação de palavras, frases, ou comportamentos que considerámos reveladores da experiência narrada, de forma a constituir as categorias de codificação. A categorização “*é uma operação de classificações*

de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2000: 117) e, no nosso estudo, foi surgindo da exploração do material em análise.

As categorias foram construídas com base nas qualidades às quais, segundo Bardin (2000), devem obedecer. Segundo esta autora, uma boa categoria deve ser exaustiva, exclusiva, objectiva e pertinente.

Procedemos então ao “recorte” das transcrições o que fez emergir as unidades de registo (UR) ou análise que se constitui como *“o mais pequeno fragmento de texto que tivesse sentido... para os objectivos da investigação e não perdesse sentido quando descontextualizado”* (Rodrigues, 1999: 383). As UR correspondem, no fundo, a uma ou mais palavras, proferidas no nosso estudo pelos tutores, às quais se atribui um determinado significado.

Todo este trabalho foi sistematizado e sintetizado em quadros que elaborámos e nos quais fizemos constar as categorias e subcategorias, as unidades de registo exemplificativas, a localização destas sob o número de ordem (NºO) do documento respectivo, e as unidades de enumeração (UE) que correspondem ao número de sujeito responsáveis pelas unidades de registo (Anexo III).

Bogdan e Biklen (1994: 103) consideram que *“as grelhas de entrevista permitem geralmente respostas e são suficientemente flexíveis para permitir ao observador anotar e recolher dados sobre dimensões inesperadas do tópico do estudo”*. Com o objectivo de verificar a adequação do objecto então construído, seleccionamos aleatoriamente duas entrevistas e procedemos à análise das mesmas. Deste modo confirmamos que as categorias e sub-categorias estavam em conformidade, adaptando-se a todo o *corpus de análise* e aos objectivos do estudo.

3 – PARCERIAS NA SUPERVISÃO – ANÁLISE DE CAMPO

Concluída a recolha da informação surge a necessidade de a apresentar, analisar e interpretar, no sentido de, a partir dela, retirar conclusões oportunas e relevantes. Num primeiro momento deste capítulo, começaremos por caracterizar os participantes no estudo procedendo a uma análise e interpretação pontualmente elucidada por tabelas.

Seguidamente apresentaremos os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas, relacionando-as com as várias dimensões estabelecidas na procura dos dados fundamentais que permitiram satisfazer os objectivos iniciais do estudo. Recorremos, da mesma forma, ao auxílio de tabelas para que a informação se torne mais perceptível. Com o intuito de evitar a exaustão, a análise global é apresentada em anexo (Anexo III).

3.1 – Os Nossos Participantes

A partir das entrevistas realizadas, obtivemos um conjunto de informações gerais de identificação que nos permitiram caracterizar os sujeitos participantes no estudo e que passamos a apresentar.

- Género

Os enfermeiros tutores que participaram no nosso estudo distribuem-se, relativamente ao género, de forma equitativa, conforme ilustrado na Tabela 1.

- Idade

Relativamente à idade dos participantes no estudo, e analisando a mesma tabela, verificamos que 33,33% dos tutores se situam na faixa etária entre os 25 - 30 anos, 25% têm idades compreendidas entre os 31- 35 anos, outros tantos entre os 36 - 40 anos e os restantes dividiam-se igualmente (8,67%) pelas faixas etárias dos 41 – 45 anos e dos 46 – 50 anos.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes no estudo

Caracterização dos Participantes	N	%
Género		
- Feminino	6	50%
- Masculino	6	50%
Idade (anos)		
- De 25 a 30	4	33,33
- De 31 a 35	3	25%
- De 36 a 40	3	25%
- De 41 a 45	1	8,33%
- De 46 a 50	1	8,33%
Habilitações Literárias e Profissionais		
- Lic. Enf.+Pós Grad. Sup.+Pós Lic.	1	8,33%
- Lic. Enfermagem	6	50%
- Lic. Enfermagem + Mestrado	2	16,67%
- Lic. Enf.+ Especialidade MC	1	8,33%
- Lic. Enf.+2 Pós Grad.+Pós Lic.	2	16,67%
Categoria Profissional		
- Enf.º Nível 1	7	58,33%
- Enf.º Graduado	4	33,33%
- Enf.º Especialista	1	8,33%
Experiência Profissional (anos)		
- Até 5	1	8,33%
- Entre 6 e 10	4	33,33%
- Entre 11 e 15	5	41,67%
- Entre 16 e 20	0	0%
- Entre 21 e 25	2	16,67%
Experiência Pessoal em Tutoria (Nº EC)		
- Até 5	4	33,33%
- Entre 6 e 10	2	16,67%
- Mais de 10	4	33,33%
- Mais de 15	1	8,33%
- Mais de 20	1	8,33%
N Total	12	

- Habilitações Literárias e Profissionais

No que concerne às habilitações literárias e profissionais dos participantes no nosso estudo, observámos que metade dos participantes têm como habilitações a licenciatura em enfermagem, 16,67% têm além da mesma licenciatura um mestrado, e outros tantos acumulam à referida licenciatura duas pós graduações e uma pós licenciatura. A licenciatura em enfermagem e uma especialidade na área (actualmente designada por pós-licenciatura) são detidas por 8,33% dos tutores; os restantes 8,33% referem ter além da licenciatura em enfermagem, uma pós graduação e uma pós licenciatura. De realçar que apenas um dos participantes tinha formação na área da Supervisão, no caso específico Pós-graduação em Supervisão.

- Categoria Profissional

Relativamente à categoria profissional em que cada um dos participantes se insere, através da análise da tabela anterior, podemos verificar que a maioria (58,33%) é enfermeiros graduados, 33,33% são enfermeiros de nível 1 e 8,33% são enfermeiros especialistas.

- Experiência Profissional

No que diz respeito à experiência profissional, 41,67% dos tutores que participaram no nosso estudo têm entre 11 e 15 anos de exercício profissional, 33,33 % entre 6-10 anos, 16,67% entre 21-25 anos e 1 enfermeiro tutor (8,33%) trabalha há menos de 5 anos.

- Experiência Pessoal em Tutoria

Quanto à experiência pessoal em tutoria, houve alguma dificuldade por parte de alguns tutores em quantificar os EC que supervisionaram indicando assim o número que consideraram mais fidedigno. Deste modo, como demonstrado na Tabela 1, os participantes são dispostos de acordo com a quantidade de EC que supervisionaram, sendo que 66,67% se distribuem igualmente pelos intervalos de até 5 e de mais de 10 EC. Os restantes repartem-se pelos intervalos de 6-10 EC (16,67%), mais de 15 EC (8,33%) e mais de 20 EC (8,33%).

Consumamos, assim, que os participantes no estudo se distribuem equitativamente no que diz respeito ao género, 33,33% têm entre 25 e 30 anos de idade, 50% têm como habilitações licenciatura em enfermagem, a maior percentagem (58,33%) são enfermeiros graduados, 41,67% têm entre 11 e 15 anos de exercício profissional e 66,67% supervisionaram mais de 5 ensinos clínicos.

3.2 – Representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em Ensino Clínico

Neste tema em análise foram identificados cinco domínios pelo que, procurando facilitar a respectiva análise e interpretação, apresentaremos os resultados relacionando-os com os mesmos. Os domínios definidos foram os seguintes:

Tabela 2 – Categorização referente às representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em EC

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vivências dos tutores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ experiência gratificante ▪ experiência trabalhosa ▪ função importante 	
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ contribuição na formação de novos enfermeiros ▪ manter-se actualizado ▪ desempenho de várias funções em simultâneo 	

Tabela 2 – Categorização referente às representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em EC (cont.)

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Formação em supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância ▪ Responsabilidade ▪ Formação dos tutores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fundamental ▪ secundária ▪ Escola ▪ Escola ou IS ▪ Tripartida ▪ Tutor ▪ Alguns tutores com formação ▪ Tutores sem formação
Interacção dos intervenientes no processo de supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Há interacção ▪ Há pouca interacção ▪ A interacção envolve mais tutor/aluno ▪ Depende dos intervenientes 	

Por **vivências dos tutores** entendemos o conhecimento que os mesmos obtêm pela prática da supervisão que lhes permite o desenvolvimento, por meio de sentidos, de uma impressão sobre essa realidade (Dicionário da Língua Portuguesa, 2008).

No que diz respeito a esta temática, em termos gerais todos os entrevistados apreciaram a supervisão como uma **experiência gratificante**, com doze unidades de enumeração (12UE), considerando-a uma **experiência enriquecedora** em termos pessoais e profissionais, estimulando o desenvolvimento dos próprios tutores. Não obstante esta avaliação, a supervisão foi também descrita como uma **experiência trabalhosa** (3 UE) e encarada como **uma função importante** (2 UE). As seguintes unidades de registo exemplificativas documentam precisamente estas opiniões, sendo que cada uma está devidamente identificada com o entrevistado que a proferiu (E X).

“...tem sido uma experiência boa para mim, em termos pessoais tem sido benéfica e tem sido enriquecedora...” (E10).

“...é uma experiência em que exige muito do profissional de saúde, em que nós temos que nos dedicar muito...” (E12).

“...é uma função importante; acho que alguém tem que a fazer, alguém tem que desempenhar esta função...” (E7).

Quando questionados sobre os **desafios** que o processo de supervisão pode colocar obtivemos referências à **contribuição** que o tutor tem **na formação de novos enfermeiros** (6 UE):

“Para já, em primeiro lugar, é a formação dos alunos enquanto pessoas, que eles vão tratar de pessoas, têm que ter uma formação mínima a nível pessoal, como pessoas que vão tratar de outras pessoas;” (E5).

A preocupação e necessidade do tutor se **manter actualizado** foi igualmente indicada como um desafio que o processo supervisiivo coloca (6 UE):

“O grande desafio é precisamente nós mantermo-nos actualizados, quer em termos dos aspectos científicos da profissão até porque sabemos que está numa evolução continua...” (E9).

O **desempenho de várias funções em simultâneo** foi também apontado por quatro tutores (4 UE) como um desafio com o qual os tutores se deparam na supervisão dos ensinos clínicos:

“Exige um maior esforço da nossa parte, não é...nós estamos a fazer portanto o nosso trabalho, mas temos que estar a ver o que é que vai por trás... uma maior responsabilidade” (E12).

Relativamente à formação em supervisão todos os participantes consideram **importante** os tutores terem formação específica em supervisão sendo que dez atribuíram uma **importância fundamental**:

“...eu acho que devia ser uma condição “sinequonon” as pessoas que são tutoras terem realmente formação nessa área; ... acho que a experiência não diz tudo e nós podemos ser excelentes profissionais... e no entanto, enquanto pedagogos não termos as mesmas competências e não termos a mesma excelência ...acho que realmente é muito importante” (E11).

Os restantes dois tutores, apesar de considerarem importante essa formação, conferiram-lhe uma **importância secundária**:

“...eu acho que não... a nossa postura como enfermeiros não iria, pelo menos eu falo por mim, não iria mudar; o que poderia mudar realmente era...ficaríamos mais despertos para as questões de avaliação ...não sei se também traria muitos contributos mas se calhar veríamos as coisas de uma outra forma” (E3).

No que concerne à **responsabilidade dessa mesma formação**, ou seja, de quem deve partir a iniciativa de a impulsionar, as opiniões dos participantes dividiram-se dando origem a quatro subcategorias, conforme exposto na Tabela 2. Torna-se, a partir daí, perceptível que metade dos participantes consideram que deve ser **a escola** a fornecer a formação aos tutores. Esta subcategoria reuniu então seis unidades de enumeração (6 UE):

“Eu acho que deveria ser das escolas. As escolas nunca deveriam deixar alunos vir para estágio sem garantir que os profissionais que estivessem na prática tivessem essa formação...” (E1).

Encontrámos outras descrições que testemunham que a responsabilidade da formação em supervisão deve ser **da escola ou da instituição de saúde**. Cabe então às instituições referidas, individualmente ou em conjunto, facultar a formação aos tutores. A seguinte unidade de registo exemplificativa representa quatro unidades de enumeração:

“Da instituição ou da escola, sem dúvida; da pessoa não. Neste momento não temos benefício nenhum; já é altruísmo, muito altruísmo ficar com alunos, fazer ainda formação por conta própria...” (E4).

Instituição de saúde, escola e tutor são co-responsáveis no que diz à formação em supervisão. Esta subcategoria reuniu três unidades de enumeração exemplificadas pela seguinte unidade de registo:

“...a própria pessoa se realmente quer seguir a função de tutoria, não é, também tem que se empenhar ... portanto deve seguir esse caminho e investir nesse tipo de formação, mas acho que a instituição também deve ter um espaço aberto e permitir realmente essa formação. E a escola também...” (E12).

Com apenas uma unidade de enumeração surge a subcategoria que encerra a opinião de um participante que considera que **é o tutor que tem a responsabilidade** de procurar adquirir competências na área da supervisão. De qualquer modo, consideramos relevante apresentar a unidade de registo respectiva:

“Eu penso que será o tutor; tem que ter alguma auto-formação; tem que se empenhar para desempenhar esse papel.” (E10).

No que concerne à **formação** detida na prática pelos **tutores**, a maioria dos participantes no estudo (9 UE) considera que os tutores não têm formação em supervisão. As seguintes unidades de registo demonstram isso mesmo:

“Não; penso que não; pelo menos dos que eu conheço não. Não quer dizer que não se empenhem no desempenho dessa função, e que não façam um bom trabalho, mas penso que falta muitas vezes essa formação.” (E9).

“Não. Acho que nem um décimo dos tutores têm formação na área da didáctica ou na área da supervisão.” (E1).

“Não, acho que não. Acho que ainda há muita... pela experiência que tenho acho que há muita dificuldade em transmitir conhecimentos... acho que há muito empirismo na tutoria... nem tanto baseado em conhecimento científico”. (E6).

Os restantes participantes (3UE) referiram considerar que alguns tutores têm formação em supervisão, como evidencia a próxima unidade de registo exemplificativa:

“Daqueles que conheço, alguns considero que têm a formação mínima, outros necessitam de mais algum complemento.” (E8).

Quando abordada a temática da **interacção** entre os diversos intervenientes no processo de supervisão, a maioria dos tutores consideram que **a interacção** que se estabelece **depende dos intervenientes** (5 UE); com quatro unidades de enumeração surge a subcategoria que reúne as opiniões dos tutores que consideram que no processo de supervisão **existe pouca interacção** entre os actores intervenientes; segundo dois participantes a **interacção** que se estabelece **envolve mais o tutor e o estudante** ficando o docente mais afastado; um dos tutores entrevistados considera que se estabelece uma **verdadeira interacção** entre os intervenientes do processo superviso. Apresentamos assim, de seguida, as unidades de registo que exemplificam os registos das anteriores subcategorias, respectivamente:

“Depende muito do professor que está a orientar o aluno.” (E3).

“Essa interacção..., resume-se a maior parte das vezes, em 99% das vezes, ao momento das avaliações.” (E2).

“Durante o estágio é o tutor que interage mais com o aluno... o docente permanece um pouco afastado... não costuma intervir muito... a menos quando é solicitado; aí sim vem cá e juntos resolvemos a questão. Mas normalmente é mais tutor-aluno.” (E9).

“...digamos que assim: nós conhecemos aquele que é o dossier de aprendizagem, os objectivos estabelecidos para o ensino clínico; conhece-o o tutor, conhece-o o docente e conhecem-no os alunos; discutimos sobre eles...digamos que em diversos momentos, o tutor com os alunos, o tutor com o professor para esclarecer.” (E8).

3.3 – A articulação entre as componentes curricular e prática

Neste tema agrupámos cinco domínios a partir dos quais elaborámos categorias e num deles, devido à diversidade e afluência de dados, estabelecemos subcategorias. A Tabela 3 sistematiza essa mesma categorização:

Tabela 3 – Categorização relativa à articulação entre as componentes curricular e prática

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Conhecimentos teóricos dos estudantes antes da experiência clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bons ▪ Deficitários ▪ Variáveis 	
O que os estudantes verbalizam relativamente à formação teórica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importante ▪ Obsoleto ▪ Não verbalizam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorizam conteúdos práticos ▪ Desvalorizam determinados conteúdos ▪ Discordam da carga horária Atribuída
Preocupação da escola relativamente à articulação teoria/prática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupa-se ▪ Preocupa-se mas não o suficiente ▪ Não se preocupa ▪ Não sei ▪ Solicitam opinião dos tutores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
Estratégias Utilizadas pelos tutores para facilitar a articulação entre teoria e prática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão ▪ Questionamento e diálogo ▪ Pesquisa ▪ Avaliação diagnóstica e outras ▪ Participação na formação em Serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participam ▪ Não participam
Recurso a exemplos da clínica para proceder a recomposições teóricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muitas vezes ▪ Algumas vezes 	

No primeiro domínio é expressa a opinião dos tutores relativamente aos conhecimentos teóricos que os estudantes possuem antes de iniciar a experiência clínica. A categorização criada permite a divisão dos achados em **bons conhecimentos teóricos**, com três unidades de enumeração, **conhecimentos teóricos deficitários** que reúnem a opinião da maioria dos tutores entrevistados (5 UE) e **conhecimentos teóricos variáveis** para a qual obtivemos quatro unidades de enumeração. As unidades de registo que apresentamos de seguida exemplificam e justificam precisamente estas categorias:

“...o que é certo é que eu noto que os alunos vêm mais bem preparados na parte da teórica. E na parte prática também, nomeadamente nos procedimentos...” (E2).

“Ultimamente... nos últimos anos tenho notado que eles vêm mais mal preparados... o que... se tivermos em conta a maior facilidade no acesso à informação e até mesmo as melhores condições das escolas,... não se compreende muito que eles tragam determinadas lacunas. Mas tenho notado isso... que vêm pior preparados que há uns anos atrás.” (E9).

“Eu já tive diversos alunos, portanto com diferentes níveis de experiência... isso depende muito dos ensinamentos clínicos anteriores.” (E12).

O segundo domínio encerra a opinião dos estudantes relativamente aos conteúdos da formação teórica, numa perspectiva do tutor, com base naquilo que aqueles verbalizam a esse respeito. Assim, de acordo com os achados, estabelecemos categorias e subcategorias que nos permitiram fazer uma análise mais precisa. Na categoria **importante** foram inseridos os conteúdos que os estudantes mais valorizam na formação teórica, que segundo cinco participantes são os conteúdos práticos:

“...eles valorizavam muito, as técnicas;... o que eles verbalizam têm tido mais experiência em laboratório para fazerem os procedimentos e acabam por se sentirem um pouquinho mais à vontade na prática...” (E4).

“... eles referem, eles mesmos, essa questão das aulas práticas, a reflexão dos casos práticos...” (E1).

Na categoria **obsoleto** foram distribuídas as referências em duas subcategorias por os achados, apesar de se reportarem a aspectos da formação teórica desvalorizados pelos estudantes, se distinguem entre si. Assim, quatro tutores referem que os estudantes **desvalorizam determinados conteúdos teóricos**:

“Queixam-se muito da biofísica porque são obrigados a decorar e a perceber... não perceber... porque eles acabam por não perceber, mas não é a aplicabilidade da prática porque ninguém percebe o contributo daquela disciplina para a nossa prática e é isso que eles dizem, muitas disciplinas eles não conseguem perceber o contributo, acham uma perda de tempo.” (E1).

A segunda subcategoria, com apenas uma unidade de enumeração, encerra os achados que revelam que os estudantes **discordam da carga horária atribuída** a determinados conteúdos:

“... algumas cadeiras de ética e psicologia poderiam por exemplo ter menor carga teórica e serem dadas as coisas... mantendo o mesmo conteúdo mas dando menos horas ...” (E11).

A maioria dos tutores entrevistados referiram que os estudantes **não verbalizam** nada a este respeito. Para esta categoria obtivemos sete unidades de enumeração exemplificadas pela seguinte unidade de registo:

“Não, eles não costumam verbalizar nada nesse sentido.” (E9).

“Não... não houve assim nenhuma informação nesse sentido”. (E3)

O terceiro domínio alude à preocupação da escola relativamente à articulação entre a teoria e a prática. A categoria **a escola preocupa-se mas não o suficiente** é aquela que reuniu maior consenso entre os entrevistados, com sete unidades de enumeração:

“As escolas preocupam-se pouco com a prática ... eles debitam a teoria na escola e depois a parte prática às vezes não é muito valorizada; penso que as escolas deveriam ter mais empenhamento em perceber a prática de hoje e o que se faz

hoje; ... mas penso que as escolas deviam se aproximar mais das práticas, não viverem isolados das práticas de hoje.” (E10).

“...acho que cada vez eles mais se preocupam... agora acho que ainda estão... continuam a estar muito distantes da prática, da realidade e ainda há um desfasamento grande em relação à teoria e à prática...” (E6).

A categoria **a escola não se preocupa** expressa precisamente a opinião contrária que é referida por dois tutores:

“Eu acho que não se preocupam minimamente.” (E1).

Foram também dois os tutores que consideraram que **a escola se preocupa** com esta conformidade:

“...os docentes com quem tenho trabalhado, eles demonstram-se interessados em perceber portanto até que ponto estes factores estão inter-relacionados; nós também vamos dando sempre o nosso parecer...” (E12).

A opinião de um dos tutores, por não se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores, foi inserida numa quarta designada de **não sei** e é exemplificada pela seguinte e respectiva unidade de registo:

“Se eles têm preocupação? Pois, não sei...” (E2).

Os registos achados a partir de uma outra questão relacionada com o facto destas opiniões dos tutores terem sido já requeridas por parte dos representantes da escola permitiu o estabelecimento da categoria **solicitam opinião dos tutores** que foi subcategorizada em **sim** e **não**, sendo que a maioria refere que nunca foram abordados relativamente a esta temática, com nove unidades de enumeração, ao passo que a primeira subcategoria reúne a opinião de três tutores:

“Não, não. Sobre esta questão não.” (E10).

“Já, já, já. ..com os docentes discutimos algumas questões até para... percebermos o que é que pode puxar ou não puxar, ... até da forma como avaliar eventualmente; se o estudante tem ou não tem competências científicas, se elas foram dadas e se ele as adquiriu. Tem havido... digamos que essa ponte.” (E8).

O quarto domínio reporta-se às estratégias utilizadas pelos tutores para facilitar precisamente a articulação entre teoria e prática. As referências permitiram a criação de quatro categorias que abarcam uma quantidade equilibrada de unidades de enumeração. Deste modo, a categoria **reflexão** é a mais enumerada (7 UE):

“Essencialmente eu... a estratégia que eu mais utilizo é que eles pensem antes de executar e que reflectam sobre o que estão a fazer, não fazer por fazer mas saber o porquê de cada uma das coisas;...” (E6).

“... peço-lhes também uma reflexão sobre a prática... acho que a reflexão sobre a prática, do que vai fazendo, dos erros que comete, é fundamental num processo de ensino - aprendizagem.” (E1)

Seguem-se, com o mesmo número de unidades de enumeração (6 UE) as categorias **questionamento, diálogo e pesquisa** exemplificadas pelas seguintes unidades de registo, respectivamente:

“...à medida que o ensino se vai desenvolvendo no estágio vou fazendo algumas perguntas acerca das patologias, do que se está a passar com o doente, quais são os problemas que ele está a ter, o que nós podemos fazer para solucionar o problema, pronto...” (E7).

“Por vezes utilizo estratégias que façam pensar o aluno; não lhes dou a resposta, se eles não souberem, fazem uma investigação em casa... uma investigação sobre o tema em questão, depois no dia a seguir, se for um tema do interesse de todos, será discutido diante de todos para o aluno em causa partilhar os ganhos que obteve dessa... da pesquisa que fez..” (E5).

A **participação dos estudantes na formação em serviço** foi, quando questionado, apresentada por oito tutores como outra estratégia utilizada na formação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, expondo que estes **participam** nesses momentos, ao passo que os restantes quatro tutores referiram que os estudantes **não participam** na formação em serviço:

“Sim, sim, sim; sempre que há.” (E9).

“Formação em termos de ... costumam mais fazer à base de posters, pronto, coisas para deixar no serviço; em termos mesmo de formação não têm feito, não têm feito.” (E12).

Por último, no quinto domínio é expresso o recurso, por parte dos tutores, a exemplos da clínica para promover as recomposições teóricas dos estudantes. A categorização aqui erigida foi a seguinte:

- **muitas vezes** - dez dos tutores entrevistados referiram que recorrem muitas vezes a exemplos da prática para proceder a recomposições teóricas:

“Muitas... tento sempre... tento sempre criar situações reais e tentar retratar situações que tenham ocorrido ou que... ou mesmo durante o presente em que lhes possa fazer perceber a teoria e encaixar a teoria na prática. Tento sempre que possível isso.” (E6).

“Muitas vezes... por norma faço sempre isso, ir buscar um exemplo prático que ele tenha evidenciado ou vivenciado, para tentar que ele perceba o que aconteceu, o que é que nós fizemos...” (E1).

- **algumas vezes** – os restantes dois tutores mencionaram que às vezes recorrem a esta técnica para facilitar a transferência de conhecimentos para a prática:

“Às vezes, durante os cuidados que estamos a fazer ao doente; ... é altura ideal para, além de comunicar com o doente, ver o que o aluno conhece da teórica para poder executar uma prática, ou se aquilo que está a executar, se tem alguma base teórica par o fazer...” (E7).

3.4 – Desenvolvimento de competências em ensino clínico: valorizações dos supervisores

Este tema permitiu analisar o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem em ensino clínico, na óptica do tutor. À semelhança do tema anterior, estabelecemos alguns domínios com base nos quais categorizámos os achados, conforme indicado na Tabela 4:

Tabela 4 – Categorização relativa às valorizações dos supervisores no que concerne ao desenvolvimento de competências em ensino clínico

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Aspectos mais valorizados pelo tutor no desenvolvimento do estudante em EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade reflexiva ▪ Competências pessoais e relacionais ▪ Competências técnicas e científicas ▪ Postura e identidade profissional ▪ Outras 	
Estratégias utilizadas pelo tutor no desenvolvimento das competências valorizadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão ▪ Diálogo e questionamento ▪ Autonomia progressiva ▪ Outros 	
Concordância entre as competências valorizadas pelo tutor e pelo docente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tutor e docente valorizam as mesmas competências ▪ Tutor e docente não valorizam as mesmas competências ▪ Há concordância em algumas competências valorizadas pelo tutor e pelo docente 	
Discussão dos conteúdos e respectiva avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Há discussão conjunta ▪ A discussão é mais entre o tutor e o estudante 	

No que diz respeito aos aspectos mais valorizados pelo tutor no desenvolvimento do estudante em ensino clínico identificámos quatro categorias: a **capacidade reflexiva** é a menos enumerada, tendo sido referida por três participantes; seguem-se as **competências técnicas e científicas** que foram enumeradas por cinco tutores; depois, com o mesmo número de unidades de enumeração (8 UE) surgem as **competências pessoais e relacionais**, a **postura e identidade profissional**, e um conjunto de outros aspectos, com menor expressão que agrupámos na categoria **outras**. Apresentamos de seguida uma unidade de registo exemplificativa de cada categoria referida, respeitando a mesma sequência:

“...capacidade de eles reflectirem sobre as coisas, sobre o que fazem, porque fazem...” (E4).

“Eu penso que é o conjunto... são as competências psicossociais e, portanto a adaptação ao serviço, à equipa, a facilidade que têm em comunicar com os doentes, em estabelecer também diálogo com os próprios familiares....” (E3).

“Valorizo um todo desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais. Digamos que há um todo que não se pode dissociar.” (E8).

“A postura enquanto futuro profissional... a postura de como é que ele vai ser enquanto futuro profissional; como é que se apresenta perante os utentes; como é que é a abordagem perante quer o doente quer os familiares, quer os outros profissionais de saúde; pronto, mais a questão da identidade profissional que eles estão a desenvolver.” (E11).

“A capacidade de iniciativa e principalmente a evolução, porque se eu tiver um aluno que venha num patamar mais baixo do que um outro, mas se calhar o outro não evoluiu, não saiu daquele patamar, e o que veio num patamar mais baixo chegou mesmo a ultrapassa-lo... penso que esse é um aspecto muito importante a valorizar.” (E5).

Relativamente às estratégias utilizadas pelo tutor no desenvolvimento das competências que os mesmos valorizam, a **reflexão** é a mais referenciada (8 UE):

“...vou acompanhando, vou verificando e vou proporcionando momentos de reflexão e vamos avaliando, vamos vendo, vamos... digamos... orientando dessa forma ...” (E8).

“...reflectimos... fazemos uma retrospectiva do que aconteceu e reflectimos em conjunto...” (E7).

A categoria **diálogo e questionamento** reúne as menções de quatro tutores exemplificadas pela seguinte unidade de registo:

“As estratégias são sempre o questionamento e eles próprios se habituem a questionar-se sem eu estar a massacrá-los... é eles próprios habituarem-se a perguntarem-se porquê: “material para uma determinada...”, eu não vou lá... só no final, só quando eles têm o material ... “então o que é que... tens tudo?” (E11).

Com três unidades de referenciação surge a **autonomia progressiva**:

“A partir de uma certa altura tento deixá-los um pouco mais sozinhos para ver até que ponto eles se desenvolveram, para ver o grau de autonomia, portanto para ver até onde é que eles conseguem chegar.” (E12).

Foram ainda referenciadas, embora com menor expressão (1 UE cada), um conjunto de estratégias que agrupámos numa única categoria – **outras**:

“... uma das principais estratégias que, se calhar, eu utilizo é tentar-lhes ensinar o que eu sei que a escola nunca lhes vai ensinar, pronto... são pequenos truques...”(E9).

“...vou acompanhando, vou verificando ... e vamos avaliando, vamos vendo, vamos... digamos... orientando dessa forma; não há propriamente uma metodologia muito... muito standard.” (E8)

Relativamente à concordância entre as competências valorizadas pelo tutor e pelo docente, a maioria dos tutores (7 UE) considera que o **tutor e docente valorizam as mesmas competências**:

“...acho que sim, por aquilo que tenho também ouvido na escola ultimamente, em termos mesmo de experiência pessoal, acho que sim, acho que não estará muito longe do método que a escola deseja ou quererá.” (E6).

“Sim, penso que sim.” (E3).

Diferente posição é tomada por apenas dois tutores que consideram assim que **tutor e docente não valorizam as mesmas competências**:

“Não...a escola não pede para fazer reflexão; a escola pede para fazerem relatórios críticos de actividade..., a escola pede para fazer trabalhos, para fazer projectos, para fazer fichas de leitura, para fazer estudos de caso, mas não pede para tu fazeres uma reflexão da tua aprendizagens...” (E1).

Os restantes tutores entrevistados referem que **há concordância em algumas competências valorizadas pelo tutor e pelo docente** (3 UE):

“Nem sempre, nem sempre.... penso que eles valorizam sobretudo a parte académica ainda que considerem que os tutores, à partida, irão fazer esse desenvolvimento (prático).” (E11).

No domínio da discussão dos conteúdos e respectiva avaliação estabelecemos duas categorias que representam, na opinião dos entrevistados, esta questão. A maioria dos tutores, com oito unidades de enumeração, considera que **há discussão conjunta**:

“Sim, são feitos com ele momentos de discussão, com o aluno - tutor, aluno - tutor - docente e tutor - docente, nomeadamente naquilo que concerne aos dossiers de aprendizagem, naquilo que concerne aos estudos de caso, ou em relação às fichas que os alunos fazem; há de facto uma discussão em conjunto.” (E8).

“Sim, por norma sim. Pelo menos pretendo que o seja... por norma é tudo discutido às claras...” (E1).

Os restantes quatro tutores que participaram no estudo referem que **a discussão é mais entre o tutor e o estudante:**

“Isso depende muito do docente e às vezes da disponibilidade dele. Mas eu, por norma, costumo fazer, logo á partida, com o aluno, pronto; quer a discussão do plano de estágio, quer depois a avaliação do mesmo com base nos objectivos e nos conteúdos formativos; eu costumo fazer sempre com o aluno inicialmente e depois, claro, há sempre uma reunião nomeadamente no fim...em que estamos os três, eu, aluno e docente...” (E12).

3.5 – A prática da organização dos ensinos clínicos: Intervenção dos diferentes actores

Neste tema foram explorados essencialmente três domínios que se relacionam com o decurso dos ensinos clínicos desde a sua organização, à avaliação passando por mudanças que eventualmente tenha sofrido, conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5 – Categorização relativa à intervenção dos diferentes actores na organização dos EC

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Perspectiva do tutor em relação à organização dos EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bem organizados ▪ Poderia ser melhor ▪ Mal organizados 	
Intervenção dos diversos actores no planeamento e avaliação dos EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há mediação ▪ Há alguma mediação 	
Mudanças recentes a nível da organização dos EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não houve mudanças ▪ Houve mudanças ▪ Origem das mudanças ocorridas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionadas com a escola ▪ Relacionadas com as IS

Relativamente à perspectiva do tutor em relação à organização dos ensinamentos clínicos identificámos duas categorias: metade dos entrevistados considera que estes estão **mal organizados**, com seis unidades de enumeração:

“Eu acho que estão cada vez pior... este ano então...no meu serviço têm um horário que eu acho que é a coisa mais surreal: eles entram às oito da manhã ... e saem às duas da tarde e entram às duas da tarde e saem às oito da noite... isto para mim é surreal. Assistem à passagem de turno da manhã mas depois não fazem a passagem de turno da tarde, e não assistem à passagem de turno da tarde; não fazem registos, ou seja não promovem a continuidade de cuidados;... Depois os da manhã têm um professor, os da tarde já têm outro... isto é uma confusão... eu acho que, francamente está cada vez pior a organização dos ensinamentos clínicos.” (E1).

Os restantes tutores dividem-se entre a opinião de que os ensinamentos clínicos estão **bem organizados** e a crença de que essa organização **poderia ser melhor**, com duas unidades de enumeração em cada categoria:

“Regra geral são bem organizados; existe neste momento um problema...Este aumento significativo do número de estudantes nas escolas...Mas não tem propriamente a ver com a organização, tem a ver mais com a capacidade...” (E8).

“Penso que têm havido algumas melhorias... tem havido ... se bem que... a escola deveria envolver-se mais, mas penso que já há uma aproximação dos docentes aos tutores, aos serviços; penso que está mais bem organizado agora.” (E10).

Os registos obtidos relativamente à intervenção dos diversos actores no planeamento e avaliação dos ensinamentos clínicos, a maioria dos tutores (7 UE) consideram que **há alguma medição** entre os intervenientes do processo supervisiivo:

“O planeamento já vem pré-definido pela escola, portanto o tutor não intervém muito... pode intervir e intervém no desenvolvimento do estágio e daquilo que está planeado mas guiando-se pelas normas definidas pela escola. Na avaliação já tem um papel digamos que mais activo; a avaliação é discutida entre o aluno, tutor e docente.” (E9).

“Pois... no planeamento do ensino clínico, prévio, o tutor não interfere em nada, vem definido, não interfere em nada. Depois, no processo em si, interfere e vai ao encontro do planeamento existente. Mas no resto não é tido nem achado.” (E4).

Contrariamente encontramos a opinião de cinco tutores segundo os quais **não há mediação**:

“O tutor e os alunos penso que não têm um papel muito activo, será mais o docente e a própria escola que têm um papel activo na organização e planeamento dos ensinos clínicos. Os alunos chegam e já trazem o ensino clínico definido, com objectivos próprios e não haverá um papel activo tanto do aluno como do tutor.” (E5).

Quando questionados acerca de eventuais **mudanças** que possam ter ocorrido nos últimos anos ao nível da prática de organização dos ensinos clínicos, foi possível constituir duas categorias que encerram opiniões contraditórias, sendo que o resultado foi extremamente expressivo: dez tutores consideram que **houve mudanças**:

“Têm... algumas para melhor outras para pior, sem dúvida nenhuma.” (E10).

“Sim, houve, houve...” (E7).

Apenas obtivemos duas unidades de enumeração que expressam uma opinião contrária, referindo que ultimamente **não existiram mudanças**:

“Não, penso que não.” (E3).

No que concerne à **origem das mudanças** consideradas por aqueles tutores, foi-nos possível estabelecer duas subcategorias: as mudanças **relacionadas com a escola**, com dez unidades de enumeração, e as mudanças **relacionadas com a instituição de saúde**, com cinco unidades de enumeração. As unidades de registo que se seguem exemplificam precisamente essas opiniões:

“...o professor já não é aquele professor assíduo, tão assíduo como antes. A fusão trouxe algum afastamento; também os alunos são mais...” (E10).

“Eu acho que... aquilo que eu acho... acho que o facto de serem pessoas mais novas a [tutoriar]; ... foi uma mais valia para o processo quer de aprendizagem dos alunos, quer para a tutoria em si; acho que há pessoas mais novas e acho que é mais benéfico, não há tantos... alguns hábitos antigos... há sangue novo.” (E6).

Como é perceptível pela análise do número de unidades de enumeração, comparativamente com a quantidade de tutores que haviam considerado a ocorrência de mudanças, cinco tutores especificaram mudanças que se enquadram numa subcategoria e outra noutra.

3.6 – Parcerias institucionais na supervisão dos ensinos clínicos

Nesta temática das parcerias institucionais obtivemos referências relativas à existência ou não das mesmas, com sugestões de parcerias úteis, à importância da parceria no processo supervisivo dos estudantes em ensino clínico, e à importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes. Estes são então os domínios a partir dos quais fizemos a categorização dos dados recolhidos, conforme sistematizado na Tabela 6.

As referências à existência de parcerias permitiram-nos estabelecer três categorias distintas: **não existe parceria** é a categoria que reúne mais unidades de enumeração (7UE), se bem que a categoria **existe alguma parceria** encerra a opinião de cinco tutores (5 UE). As unidades de registo exemplificativas atestam precisamente essa divergência de opiniões:

“Não, não existe. Mas acho que deveria existir. Acho que era muito importante.” (E2).

“Eu acho que começa a ser mais preocupante isso, e que as pessoas estão a tentar investir um bocadinho mais nisso, para que haja parceria; mas acho que ainda não estamos se calhar naquilo que é pretendido.” (E11).

Tabela 6 – Categorização relativa às parcerias institucionais na supervisão dos EC

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Parcerias entre as escolas e as instituições de saúde na prática quotidiana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe alguma parceria ▪ Não existe parceria ▪ Sugestões de parcerias úteis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de protocolos ▪ Partilha de conhecimentos ▪ Responsável no serviço pela supervisão ▪ Troca de formação
Importância da parceria no processo superviso dos estudantes em EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A supervisão é um processo colaborativo ▪ Deveria ser um processo colaborativo mas não é 	
Importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os estudantes seriam os grandes beneficiários ▪ Todos os intervenientes sairiam beneficiados 	

A terceira categoria estabelecida refere-se às **sugestões de parcerias úteis** apontadas pelos entrevistados. Devido à grande afluência de dados obtidos foi necessário distribuí-los por quatro subcategorias.

- Elaboração de protocolos
- Partilha de conhecimentos
- Troca de formação
- Responsável no serviço pela supervisão

A **troca de formação** é indicada por metade dos entrevistados (6 UE) como uma parceria útil, considerando que docentes das escolas de enfermagem poderiam ministrar formação a enfermeiros e vice-versa:

“...eu penso que bastava passar por uma troca de formação;... ou seja, a escola forneceria formação...aos enfermeiros de determinado hospital e, por outro lado,

receberia em troca a orientação dos alunos aos quais ela estava a dar formação... a parceria essencial era haver troca de formação; nós dávamos formação prática e receberíamos formação teórica...” (E9).

A **partilha de conhecimentos** refere-se precisamente à troca de informação entre as duas instituições em causa (escolas superiores de enfermagem e instituições de saúde). Para três dos tutores este é um exemplo de uma parceria que deveria ser estabelecida:

“...poderia haver uma troca de informação entre as escolas e os hospitais, ou centros de saúde, porque a ciência está sempre a evoluir e se essa evolução chegasse aos enfermeiros... por vezes acaba por chegar através dos alunos, mas penso que a escola poderia fazer essa ligação.” (E3).

A **elaboração de protocolos** é apontada por dois participantes como uma sugestão de parceria útil, como exemplifica a seguinte unidade de registo:

“Protocolos, mesmo a nível de trabalhos de investigação, principalmente na componente de investigação; penso que a escola poderá ter um papel muito activo e ir de encontro às necessidades das instituições.” (E 5).

Indicada por apenas um tutor (1 UE) surge a sugestão de criar em cada serviço um **responsável pela supervisão**:

“...criar um responsável no serviço pela orientação, que ele próprio visse as formações, que organizasse um bocado outros possíveis orientadores e fizesse uma articulação com a escola... vamos todos ter formação, vamos todos fazer um trabalho conjunto com a escola, vamos dizer à escola o que é que achamos que deve mudar...” (E 1)

Relativamente à importância das parcerias no processo supervisivo dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, as referências encontradas levaram-nos a constituir duas categorias: a primeira encerra a opinião dos tutores que consideram que **a supervisão é um processo colaborativo**, reunindo quatro unidades de enumeração:

“Obviamente, é um processo de colaboração; a escola com a instituição e a instituição com a escola no sentido do desenvolvimento do estudante em relação aos objectivos que ele tem e obviamente que também de desenvolvimento profissional dos profissionais que estão envolvidos no processo de tutoria e no processo de aprendizagem do aluno porque, quer queiramos quer não, ao formarmos o aluno é evidente que nos construímos a nós próprios...” (E8).

A segunda categoria inclui as referências apresentadas por oito tutores que consideram que **deveria ser um processo colaborativo mas não é:**

“...eu acho que não há essa parceria; nós participamos sim, mas participamos quer de uma forma gratuita porque não temos o retorno do nosso trabalho, nem vimos nenhuma valorização da escola; a valorização... a única valorização que a escola nos dá é realmente o certificado que comprova que nós orientamos o aluno, mais nada... quer o tenhamos feito bem ou mal.” (E1).

“Sim, é também uma forma de colaboração entre as duas instituições, embora penso que não funcione como tal.” (E3).

No que diz respeito à importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes, a grande maioria dos tutores entrevistados (9 UE) refere que **todos os intervenientes sairiam beneficiados** com a implementação dessas parcerias, reunindo esta categoria nove unidades de enumeração:

“Eu penso que toda a gente teria a ganhar com isto, ...o que nós pretendemos é que os enfermeiros de hoje sejam mais capazes, mais responsáveis, mais conhecedores; tenham capacidade de reflexão, e com estas...parcerias, todos ficaríamos a ganhar, o professor, os profissionais, os alunos, as escolas, as instituições; todos ficaríamos a ganhar porque conseguiríamos ter uma enfermagem melhor; ...isso só se consegue com esta dinâmica e com o envolvimento de toda a gente.” (E10).

“Se o processo correr da melhor forma todos saem beneficiados; ...é o benefício de todos. Todos fariam a sua função melhor.” (E4).

Na opinião dos restantes três tutores entrevistados **os estudantes seriam os grandes beneficiários** da criação e implementação de parcerias inter-institucionais na área da supervisão em ensino clínico:

“Se realmente existisse, o aluno seria o grande beneficiado; para já o profissional de saúde estaria mais apto, mais a par do que se passa em termos dos conteúdos fornecidos pela escola aos alunos;... e por outro lado se calhar estaríamos mais actualizados também de algumas práticas e eles também porque há coisas que eles ensinam lá que já não se faz...” (E7).

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise interpretativa dos resultados obtidos, torna-se pertinente abordar os principais pontos de discussão suscitados. Partindo de um propósito clarificante, organizámos essa mesma discussão em função das áreas temáticas e categorias estipuladas no capítulo anterior.

Foram diversas as fontes que contribuíram para a presente discussão, começando pela partilha de conhecimentos e experiências ao longo da parte curricular do mestrado, às concepções que foram emanando a partir da literatura científica da área, às reuniões de orientação, à própria colheita de dados pelo contacto directo estabelecido com vários tutores acedendo às suas vivências e representações sobre todo o processo supervisivo, como também à nossa experiência profissional e as nossas convicções relativamente à supervisão do ensino clínico de enfermagem.

A partir da análise das transcrições das entrevistas realizadas foi-nos possível aceder às experiências e representações dos tutores relativamente ao processo de supervisão dos ensinamentos clínicos. A tutoria é em termos gerais encarada como uma experiência positiva indutora de diversos desafios que por sua vez fazem despoletar o crescimento e o desenvolvimento de todos os intervenientes.

São, neste contexto, apresentadas diversas críticas desde a escassa formação proporcionada aos tutores, como a falta de comunicação eficaz entre os actores envolvidos nas diversas fases deste processo, até à escassez do reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos tutores. A par desta análise crítica são partilhadas visões próprias e apresentadas sugestões.

Neste contexto, vários autores têm feito referência ao modo como se deve desenrolar o processo de supervisão. Correia (1995) é um deles e defende que as escolas devem relacionar-se com os contextos de trabalho e os sistemas de formação devem ser cada vez mais permeáveis à lógica da prática para que assim se possam tornar qualificantes.

Conhecendo melhor a realidade, a escola identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática.

É reconhecido e assumido o papel crucial que o tutor desempenha na promoção do desenvolvimento e crescimento dos estudantes. As opções e orientações por ele adoptadas têm implicações nas oportunidades proporcionadas e consequentemente na aprendizagem daqueles.

Após esta apreciação mais alargada, procedermos a uma análise mais específica estruturada com base nas áreas temáticas enunciadas no capítulo precedente.

Supervisão dos ensinos clínicos: representações e vivências dos tutores

A supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem constitui-se como um processo complexo de interacção conjunta que passa pela observação e condução do processo de reflexão do outro. A sua principal função passa pelo apoio à formação contribuindo para o crescimento e desenvolvimento global dos estudantes envolvidos.

Partindo da análise do conteúdo das entrevistas verificámos que os tutores desempenham esta função com satisfação, encarando-a mesmo como um desafio pessoal e profissional no qual se empenham. Consideramos este aspecto extremamente importante pois acreditamos que quando as pessoas gostam daquilo que fazem e sentem prazer no desempenho das suas funções, transmitem mais facilmente e com maior eficácia a sua mensagem.

Não obstante esta satisfação referida, foram apontados alguns desafios que todo este processo coloca. Os tutores encaram o facto de contribuírem para a formação de novos enfermeiros, a necessidade de se manterem actualizados e o desempenho de várias funções em simultâneo como desafios. Alguns destes aspectos foram já referidos por diversos autores que se debruçaram sobre esta temática. D’Espiney (1997) refere-se precisamente à interacção estabelecida ao longo de cada processo de supervisão como um momento de formação para os próprios tutores uma vez que permite a partilha e troca de saberes que

por sua vez conduzem a uma reflexão e debate conjunto introduzindo simultaneamente novos elementos reguladores e correctores da acção.

Porém, partilhando destes princípios, consideramos que para orientar estudantes em ensino clínico, promovendo o seu espírito crítico e reflexivo é necessário tempo. Compreendemos e acreditamos que a acumulação de funções e a sobrecarga de serviço conduzam a “*uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer*” (Simões, 2004: 212).

A formação em supervisão foi considerada por todos os participantes como importante, reconhecendo contudo que a maioria dos tutores não terá essa mesma formação e responsabilizam principalmente as instituições envolvidas no processo supervisivo dos ensinamentos clínicos por essa lacuna.

Neste contexto, Abreu (2007) considera que o sucesso de todo este complexo processo passa pela preparação específica dos profissionais. Poletti (1983) afirma que o ensino deve edificar-se com o apoio em peritos em didáctica, capazes de criar condições propícias à aprendizagem. Vários estudos já desenvolvidos reforçam precisamente a importância e a necessidade premente dos tutores, como orientadores clínicos que são, terem uma formação profissional e pedagógica, sólida e actualizada. Os tutores devem ser capazes de ensinar os estudantes a aprender, desenvolvendo o espírito crítico e reflexivo, em situações clínicas reais.

Pensamos que apesar desta necessidade de formação ser igualmente recomendada pelos teóricos e sentida pelos tutores, ainda não adquiriu o estatuto devido. Verificámos que a maioria dos tutores entrevistados consideram que deveria ser a escola e/ou instituição de saúde a promover e possibilitar essa mesma formação. Talvez seja o desencontro de opiniões a este nível que faça com que muitos tutores não tenham formação específica embora a considerem importante. Lançaríamos assim a mesma questão, agora dirigida aos responsáveis pelas referidas instituições: *De quem deve ser a responsabilidade da formação específica em supervisão?*

No decorrer do processo supervisivo é fulcral que se estabeleça uma interacção entre os diferentes actores, alicerçada num clima de respeito e confiança, promovendo a abertura e a partilha, de forma a impulsionar o crescimento profissional e pessoal de todos. Verificámos, a partir da análise das referências dos tutores entrevistados, que esta interacção nem sempre se verifica, dependendo em grande parte dos intervenientes no processo.

Estas opiniões vão de encontro à de Figueiredo (1995) que, a este respeito, refere que se verifica uma falta de comunicação efectiva entre docentes e tutores. O mesmo autor caracteriza as relações existentes entre os referidos profissionais como formais e distantes.

Bento (1997) sugere uma maior interpenetração entre docência e exercício profissional como forma de promover maior relevância e adequação do ensino de enfermagem face às necessidades reais e do próprio estudante. Segundo a mesma autora, só quando existir uma verdadeira cooperação entre os diversos actores, estaremos a caminhar no sentido de uma supervisão sustentada e adequada.

A articulação entre as componentes curricular e prática

A importância dos ensinamentos clínicos na formação em enfermagem é inquestionável. É em contexto real que o estudante vai construindo o seu saber profissional. É através da prática que ele consolida os seus conhecimentos, se socializa na profissão e no papel profissional construindo concomitantemente o seu referencial de valores profissionais.

Para além de facultar a aquisição de novos conhecimentos, o ensino clínico permite a consolidação dos já existentes, desenvolvendo um saber contextualizado (Andrade, 2005). Como Costa (1998) refere, a prática aprende-se na prática. Todavia, para que o estudante possa praticar é fundamental que domine a teoria. Concordamos com Usher e Bryan (1992:87) quando consideram que *“a teoria não se projecta como um conhecimento generalizado e abstracto aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática”*.

Tendo por bases estas considerações, corroboramos a opinião de vários autores que consideram que a formação (teórica e teórico-prática) ministrada nas escolas tem que ser complementada com a aprendizagem prática desenvolvida em ensino clínico. Para que todo este processo conduza ao desenvolvimento do estudante e ele adquira os saberes e a competência profissional necessários ao futuro exercício profissional, é necessário que teoria e prática estejam articuladas de forma coerente.

Cruz (1994: 81) defende neste contexto que a teoria não deve estar desligada da realidade para não se tornar “*uma teoria no vazio*” ou “*um empirismo desconexo*”. Devem fomentar-se a complementaridade, o entendimento e a compreensão, promovendo a construção do conhecimento através dos aportes e da investigação conjuntos (Lopes, 2006).

Na opinião dos tutores entrevistados, os estudantes iniciam a prática clínica com défices teóricos e com dificuldade em transportar os conhecimentos para o contexto prático. Referem que os estudantes não percebem a contribuição de determinados conteúdos para o seu desempenho, desvalorizando mesmo algumas disciplinas. Por outro lado, segundo os tutores, os estudantes não concordam com a distribuição da carga horária pelas diversas disciplinas, alegando que os conteúdos práticos deveriam merecer um maior destaque no que diz respeito às horas disponíveis para os leccionar.

Pensamos que todos estes aspectos estão inter-relacionados. Os estudantes valorizam as práticas mas consideram que têm pouco tempo para as desenvolver na escola. Esta poderá ser uma das situações que originam as dificuldades apontadas pelos tutores na aplicação dos conteúdos teóricos à prática.

A escola parece preocupar-se com esta relação entre a teoria e a prática embora a maioria dos tutores considere que essa preocupação não é ainda suficiente. A criação de laboratórios e a melhoria das condições técnicas e materiais são apontadas como indício dessa preocupação, embora não se sinta muito no desenrolar dos ensinos clínicos uma vez que a maioria dos tutores referiu que nunca foi solicitada a sua opinião relativamente a esta temática.

Com o objectivo de facilitar a aproximação e articulação entre estas duas componentes os tutores identificaram um conjunto de estratégias que vão desde o questionamento, ao diálogo, a pesquisas, à avaliação diagnóstica, à reflexão, a técnicas específicas como a de espelhamento, entre outras. Assumem, também, recorrer frequentemente a exemplos da clínica para proceder a recomposições teóricas.

Consideramos que estas são algumas das estratégias que permitiram desvanecer a tão relatada e resistente discrepância entre a teoria e a prática, contudo são diversas as causas apontadas para este facto: a dicotomia entre escolas e serviços ou entre a imagem transmitida por aquelas e a realidade demonstrada por estes; a falta de valorização dos conhecimentos e vivências pessoais e profissionais dos alunos; o conflito entre o currículo explícito e o currículo oculto; o afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica e a desvalorização da mesma conduzindo-os a um ensino desinserido da realidade; a falta de clarificação do papel do docente e do enfermeiro no processo de supervisão do ensino clínico (Figueiredo, 1995; Franco, 2000).

Encaramos por isso esta questão com um olhar abrangente, reconhecendo toda a sua complexidade mas também a sua relevância e premência da dissolução.

Segundo Roldão (1999: 105) “*a melhor prática é uma boa teoria, que implica aceitar também a sua contrária – a boa teoria só se torna real na boa prática*”. Torna-se então imperativo que os intervenientes na formação, tanto do meio académico como do profissional, entendam a existência desta dualidade para que os campos formativos não se oponham.

Desenvolvimento de competências em ensino clínico: valorizações dos supervisores

O ensino clínico é um momento de excelência de aprendizagem para os estudantes. Aos supervisores cabe-lhes o papel de facilitadores desse processo, são eles que devem ajudar os estudantes a desenvolver as aptidões estimulando sempre o seu pensamento crítico e reflexivo, fomentando o seu crescimento global.

Estes foram também alguns dos aspectos que os tutores referiram valorizar mais no desenvolvimento dos estudantes. Além da capacidade reflexiva e do pensamento crítico, são também valorizadas as capacidades pessoais e relacionais, técnicas e científicas, a postura e identidade profissional, a capacidade de iniciativa, a evolução, entre outras.

Neste contexto, Belo (2003) diz que devem ser incrementadas estratégias que possibilitem ao estudante desenvolver a sua competência, responsabilidade e autonomia, tanto por parte das escolas de enfermagem – instituições credíveis na dimensão de saberes, como por parte dos serviços que se instituem como locais de práticas e acção.

A este respeito Carvalho (2003), apoiada em vários autores, aponta como estratégias de orientação para o desenvolvimento da prática e dos saberes da acção: demonstrações, simulações de situações reais em sala de aula, debates, reflexões, estudos de caso entre outras. Por sua vez, Martin (1991) considera que no desenvolvimento e apropriação de saberes, é importante que o estudante tenha a oportunidade de explorar situações de cuidados reais, exercitando as suas capacidades mentais, para que consiga passar da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual.

Os tutores por nós entrevistados referem algumas destas estratégias como úteis para o desenvolvimento das competências que valorizam num estudante. Segundo os mesmos recorrem também, com o mesmo propósito, ao questionamento (evitando a execução empírica) e à autonomia progressiva (dando liberdade gradual ao estudante no desempenho profissional).

Encaramos estas estratégias como benéficas para o desenvolvimento do estudante pois estimulam não só o seu raciocínio clínico, fomentando o pensamento e espírito críticos, como também o responsabilizam pelas suas acções e desempenho.

No que diz respeito às competências valorizadas, os tutores acreditam ser as mesmas que os docentes e a escola procuram desenvolver nos estudantes, embora tal facto suscite dúvidas. Acreditamos que este facto se pode dever à falta de comunicação entre os supervisores, também referida a propósito de outras questões que iremos abordar no decorrer desta discussão.

A prática da organização dos ensinos clínicos: Intervenção dos diferentes actores

A organização dos ensinos clínicos tem suscitado algumas discussões, não fosse este um processo complexo que envolve diversos actores, eventualmente com interesses e/ou opiniões díspares, e dois tipos de instituições com missões distintas.

Metade dos tutores por nós entrevistados considera que os ensinos clínicos estão mal organizados sendo que outros (um quarto) consideram que a organização dos mesmos poderia ser melhor. A sobrecarga dos serviços, no que se refere ao número de estudantes a desenvolverem ensino clínico simultaneamente no mesmo espaço, foi unanimemente apontada como uma crítica à organização, assim como os horários praticados. Como justificação destas mesmas críticas, os tutores apontam dificuldades e transtornos no seu desempenho profissional mas também entraves ao desenvolvimento dos estudantes que, na sua opinião, são prejudicados em relação a colegas que tenham outros campos de ensino clínico com outras condições.

Consideramos que este é um exemplo de divergência de opiniões que revela a inexistência de espaços para a troca de pontos de vista e a procura de soluções que melhor sirvam todos os intervenientes. Estudos anteriores referem precisamente a falta de comunicação efectiva quer entre os docentes e os tutores, quer no que depende dos respectivos superiores hierárquicos que representam as duas instituições envolvidas (Figueiredo, 1995; Simões, 2004).

Neste seguimento, reiteramos a crença de que a interacção e comunicação que se estabelece entre todos os intervenientes influenciam directamente o sucesso de todo o processo. Vários autores têm alertado para a importância de uma adequada comunicação e colaboração entre as escolas e as instituições de saúde, destacando mesmo a implicação dos enfermeiros tutores neste processo. Isto requer obviamente formação e um trabalho conjunto para que haja complementaridade, continuidade e concludentemente qualidade no ensino (Alarcão, 1991; Amador, 1991; Pinto, 1995; Abreu, 2007).

Bento (1997) realça a importância de, no processo de formação, haver espaço não apenas para observar como também questionar, analisar e reflectir sobre a própria prática e a dos

outros. A autora defende uma maior proximidade entre os docentes e os enfermeiros da prática na procura de um ensino de enfermagem relevante e adequado às necessidades dos estudantes.

Segundo as referências dos tutores entrevistados há, durante os ensinamentos clínicos, lugar à discussão dos conteúdos e da avaliação. Contudo essa discussão resume-se muitas vezes aos momentos de avaliação formativa. Nos outros momentos menos formais intervêm normalmente apenas o tutor e o estudante.

No mesmo contexto, Carvalhal (2003: 56) sustenta que numa *“nova perspectiva de formação em enfermagem, o trabalho em equipa constitui-se como o núcleo central”*. No desenvolvimento desse trabalho é fundamental que *“a horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências”* (Nóvoa, 1992a: 30). Encaramos a formação em enfermagem nesta nova perspectiva e, por isso, defendemos o envolvimento de todos os intervenientes na mesma, para, partindo das diversas visões específicas, construirmos um todo em que todos se revejam.

É necessário portanto promover mudanças na maneira de encarar e desenvolver todo este processo. A este respeito, os tutores reconheceram mudanças na organização dos ensinamentos clínicos, umas relacionadas com a escola, outras com as instituições, se bem que nem todas as mencionadas se revelam favorecedoras.

Parcerias institucionais na supervisão dos ensinamentos clínicos

A criação de parcerias tem surgido como uma nova resposta emergente na educação e na formação. A instituição de processos de parceria representa uma nova cultura de aproximação e colaboração entre as organizações educativas e profissionais. Segundo Costa (1998: 148), *“dinamizar e inventariar formas de colaboração e de trabalho conjunto entre os serviços e as escolas perspectiva-se como uma via duplamente enriquecedora: para as unidades e para as escolas”*.

O desenrolar dos ensinos clínicos, desde a sua organização passando pela supervisão, insere-se precisamente neste enquadramento das parcerias. Estão envolvidas instituições distintas e consequentemente profissionais que, apesar de terem espaços e objectos de actuação díspares, inerentes à sua actividade específica, terão objectivos e interesses em comum. É nessa sinergia que a parceria deve assentar.

Através da auscultação da opinião dos participantes no nosso estudo verificámos que esta parceria ainda não é uma realidade, pelo menos sentida pelos mesmos. Da análise podemos concluir que começa a sentir-se alguma preocupação nesta área mas que a realidade ainda está muito afastada daquilo que seria o ideal.

Corroboramos com a opinião de Carvalhal (2003: 78) que a este respeito refere que as parcerias entre tutores e docentes, para além de facilitarem a aproximação entre os dois grupos profissionais, permitem “*uma orientação dos estudantes mais rica e completa*”, quer sobre o ponto de vista pedagógico, quer na prestação directa de cuidados aos utentes, uma vez que cada um está mais seguro das funções que tem que desempenhar e põe ao serviço da formação e dos alunos os saberes que melhor domina. Desta forma, a colaboração dos dois orientadores clínicos complementa-se.

Para além da supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, foram identificadas outras áreas onde a criação de parcerias poderia ser benéfica, desde a partilha de conhecimentos entre escolas e instituições de saúde, à elaboração de protocolos intra e inter-institucionais, assim como a “troca de formação” dos respectivos profissionais.

Encaramos estas formas de parceria entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados de saúde como um novo paradigma formativo que apesar de não ser novidade, ainda não se encontra implementado de uma forma notória na nossa área.

Não serão apenas os estudantes a beneficiar dessa cooperação, docentes, enfermeiros e consequentemente as respectivas instituições, contribuirão e beneficiarão também de uma melhor e mais coerente articulação entre a teoria e a prática, o que se irá repercutir na

formação, no desempenho profissional, na qualidade dos cuidados prestados e concludentemente no crescimento de todos os actores envolvidos (Arco, 2003).

A opinião dos participantes não se afasta do que é defendido pelos diversos autores que se têm dedicado a esta temática. A análise das entrevistas demonstrou precisamente que os tutores reconhecem a importância das parcerias supervisivas para todos os intervenientes no processo, embora considerem que essa é ainda uma realidade distante.

Acreditamos que este é o percurso a fazer - promover e desenvolver parcerias institucionais na procura de uma maior e melhor qualidade dos serviços prestados.

Enquadrada neste contexto, a supervisão em ensino clínico contribuirá para a aproximação das duas vertentes formativas – teoria e prática – e conseqüentemente dos actores que as representam cuja acção se complementarà *“numa acção dialéctica construtiva e proporcionadora de desenvolvimento”*(Arco, 2003: 23; Espadinha e Reis, 1997).

Recordamos aqui a convicção de Andrade (2005) ao aludir que o estabelecimento de parcerias na formação de estudantes de enfermagem, mais precisamente na sua supervisão em ensinos clínicos, conduz *“a uma nova forma ética de entender as relações entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, valorizando-se a reciprocidade, as relações de confiança, de respeito, assim como a responsabilidade mútua dos parceiros...”* (Andrade, 2005:55), daí que se torne premente promovê-las.

CONCLUSÃO

Este estudo baseia-se no pressuposto que o sustenta desde a sua concepção e que diz respeito à importância da supervisão em ensino clínico. As perspectivas teóricas analisadas e explicitadas suportam precisamente a ideia que a prática clínica ao permitir a transposição e o aprofundamento dos saberes apreendidos, carece de ser supervisionada no sentido de estimular o desenvolvimento de competências e promover a aprendizagem de um saber contextualizado. Neste contexto as parcerias assumem-se como agente potenciador.

Apreciando o ensino clínico como momento privilegiado para o crescimento e desenvolvimento do estudante de enfermagem, pretendíamos analisar as relações que se estabelecem entre os diferentes actores envolvidos no processo de supervisão desse mesmo desenvolvimento. Devido à necessidade de especificar o estudo, no sentido de o tornar realizável tendo em conta as limitações existentes, direccionámos a nossa atenção para um dos três grupos de actores do processo – os enfermeiros tutores. As referências quer aos docentes que participam na supervisão dos ensinos clínicos, quer aos próprios estudantes de enfermagem, são feitas sempre a partir da óptica do tutor.

Procurámos então encontrar pistas e sentidos que nos permitissem aceder à prática supervisiva na sua vertente de tutoria. Consideramos que a análise e apreciação dos dados colhidos proporcionaram referências para a análise das representações e práticas efectivas da supervisão em ensino clínico em geral e das parcerias em particular.

É através destes momentos formativos que o estudante aprofunda e ultrapassa o conhecimento teórico, descobrindo as respostas adequadas às diversas e imprevisíveis situações com que se depara. É neste confronto com situações concretas que ele sedimenta o seu potencial aprendente apropriando-se de saberes que lhe permitirão agir eficazmente. Incrementando um espírito crítico e reflexivo, ultrapassa a mera aquisição de conhecimentos ou técnicas criando assim um conhecimento específico.

Como jovem adulto em formação que é, o estudante de enfermagem deve empenhar-se e posicionar-se num percurso formativo que o irá acompanhar ao longo da vida. Passa assim por um processo de construção pessoal que envolve a conjugação de factores pessoais, cognitivos e ambientais conduzindo inevitavelmente à mudança de comportamentos. Para que tal aconteça é fulcral que esse processo seja devidamente acompanhado e orientado para uma formação construtivista.

A ausência de projectos que congreguem objectivos perpetua a dispersão e o isolamento dos actores. Neste sentido, a colaboração entre docentes e tutores adquire toda a relevância e preponderância, tornando-se crucial a criação de mecanismos apropriados com o propósito de objectivar e promover o desenvolvimento. Concordamos com Belo (2003: 193) ao considerar a supervisão conjunta como *“um elemento chave no sucesso da formação em ensino clínico”*.

Salientamos a concordância entre os autores das perspectivas teóricas consultadas no que diz respeito ao estabelecimento e cumprimento de parcerias supervisivas entre as instituições e actores envolvidos no processo de supervisão dos ensinos clínicos, ao desfasamento que continua a ser assinalado entre a teoria e a prática, assim como no que se refere à importância da formação específica dos tutores.

A relação supervisiva estabelecida entre todos os intervenientes no processo deve ser baseada na autenticidade, promovendo uma interacção sadia, formativa e reflexiva, constituindo-se como a chave para a alteração e para a inovação (Belo, 2003).

No que concerne às opções metodológicas, especificamente o instrumento utilizado na colheita dos dados e a análise dos mesmos, consideramos que se revelaram adequadas e bem sucedidas, uma vez que nos permitiram colher e tratar um conjunto de informações, que conduziram aos objectivos inicialmente propostos.

Consideramos que o presente estudo contribui para o continuar e aprofundar das reflexões sobre o processo da supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, questão cada vez mais presente e oportuna. As investigações sobre esta temática têm-se multiplicado nos últimos anos o que, na nossa opinião, não desvaloriza futuras abordagens até mesmo pelas falhas

que continuam a ser apontadas pelos diferentes actores intervenientes no processo – no caso da análise por nós desenvolvida, pelos tutores.

Salientamos que os dados foram obtidos a partir de um pequeno número de participantes, facto que não permite a generalização dos resultados. Consideramos, contudo, que os objectivos por nós propostos foram atingidos.

Assim concluímos que os tutores participantes encaram a supervisão em ensino clínico como uma função sua, à qual atribuem importância e relevância, apontando contudo falhas que vão desde a organização do processo à sua avaliação, o que segundo os mesmos se prende com a falta de comunicação e distância entre os supervisores (docentes e tutores), assim como pela inexistência de parcerias inter-institucionais.

Ressaltamos também a contribuição que o presente estudo teve no aprofundar dos nossos conhecimentos nesta área e no alargamento dos nossos horizontes. Para além de fazer parte das nossas funções profissionais, a supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico é uma área que continua a despertar o nosso interesse, pelas diversas razões já referidas, mas que nos preocupa pelas fragilidades frequentemente apontadas.

Com a conclusão deste estudo emergiram algumas questões que consideramos pertinentes e que partilhamos até para poderem despoletar reflexões e/ou investigações futuras:

- É urgente promover momentos de reflexão conjunta entre os docentes e tutores que proporcionem a troca de experiências e sugestões no sentido de articular esforços e contribuir para a eficácia e eficiência do processo de supervisão.
- Deve haver um planeamento conjunto dos ensinos clínicos, minimizando discrepâncias que possam surgir.
- Deve promover-se uma estreita colaboração, envolvendo uma participação activa de todos os intervenientes.

- É importante e necessário que os supervisores tenham formação profissional e pedagógica, sólida e actualizada. A formação específica e contínua é fundamental na promoção da qualidade que se impõe nos dias de hoje.

- A criação e implementação de parcerias interinstitucionais, na área da supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, constitui-se como uma componente fulcral na melhoria de todo o processo e na promoção da qualidade formativa.

Ambicionamos que este estudo não se esgote com a sua conclusão, constituindo antes um ponto de reflexão, podendo abrir caminho ao desenvolvimento de investigações futuras que, na nossa opinião, se justificam pela contemporaneidade da temática. Apresentamos como sugestão a investigação que inicialmente pensamos em realizar, efectivando uma abordagem mais global através da triangulação das percepções e vivências dos diferentes intervenientes no processo de supervisão desenvolvido em parceria.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. (1997). Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros: Subsidio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar. In R. Canário (org.). *Formação e Situações de trabalho*, 147-168. Porto: Porto Editora.
- ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa e Formasau.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- ALARCÃO, I. (1991). Dimensões de Formação. In J. Tavares (org.). *Formação Contínua de Professores. Realidades e Perspectivas*. Actas do I Congresso Nacional de Formação Contínua, 69-77. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ALARCÃO, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I. (2001a). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed
- ALARCÃO, I. (2001b). Escola reflexiva e Supervisão: *Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*, In Alarcão, I (org.) - *Escola reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*, 13-23. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica - Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina
- ALMEIDA, T. (2006). *Contributo da Supervisão na Gestão do Stresse dos Alunos em Ensino Clínico*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- AMADOR, M. (1991). *Educação em Enfermagem*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo (Tese de Doutoramento).

- ANDRADE, C. (2005). *A Escola em Parceria – Representações de Alunos, Enfermeiros e Professores*. Chamusca: Edições Cosmos.
- ANJOS, L. e MONGE, M. (1991). O autoconceito do enfermeiro e a sua motivação para a mudança. *Enfermagem em Foco*, Ano 1, 4, 27-38.
- ARCO, H. (2003). *Entre a lógica e as estratégias dos actores: o caso da cooperação na orientação do ensino clínico de enfermagem*. Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado).
- BARBOSA, L. (1997). *Supervisão e avaliação pedagógica. Manual de tópicos*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- BARDIN, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BELO, A. (2003). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: perspectiva do aluno*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BENTO, M. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem – Que Identidade?* Lisboa: Fim do Século Edições.
- BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1999). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora
- BOTERF, G. L. (1995). *De la compétence*. Paris : Les Éditions d'organisation.
- BRAGA, M. (2007). *O primeiro ensino clínico em contexto hospitalar – enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem*. Braga: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.
- BUTTERWORTH, T. e FAUGIER, J. (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London : Chapman and Hall, UK

- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na formação - Papel dos Orientadores Clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- CABRITO, B. (1994). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa
- CAHILL, H. (1996). A qualitative analysis of student nurses' experiences of mentorship. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 791-799.
- CANÁRIO, B. (1998). Escola e Parcerias Educativas. *Colóquio Educação e Sociedade*, 4, 11-14.
- CANÁRIO, B. ; CANÁRIO, R. (1997). École professionnelles au Portugal : une expérience de partenariat. *Education Permanente*. Paris, 131(2), 151-159.
- CEIA, C. (1995). *Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa : Editorial Presença.
- CLENÉT, J. e GERARD, C. (1994). *Partenariat et alternance en éducation: des pratiques à construire*. Paris : Éditions L'Harmattan.
- CORREIA, A. (1995). *A escola enquanto organização qualificante*. Conferência apresentada na 2ª Workshop sobre o tema “*Actores, contextos e práticas da formação em enfermagem: que problemas?*”. Coimbra: ESEBB.
- COSTA, A. (1994). Humanizar no ensino de enfermagem: o tempo... e o contratempo. *Servir*, 24, 85-90.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- COUTINHO, H. (2004). *Orientadores locais de estágio na formação inicial de professores – necessidades de formação*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. (Tese de Mestrado)
- CRUZ, M. (1994). *Formação pedagógica de docentes e enfermeiros verificada no ensino clínico*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica. (Tese de Mestrado)

- DENZIN, N. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- D' ESPINEY (1997). Formação inicial/ formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Canário, R. (org.). *Formação e situações de trabalho*, 169-188. Porto: Porto Editora.
- D' ESPINEY (1999). *Aprender a aprender pela experiência: A formação inicial de enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. (Tese de Mestrado).
- DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA (2008). Porto: Porto Editora.
- DRACUP, K.; BRYAN-BROWN, C. (2004). From novice to expert to mentor: shaping the future. *American Journal Critical Care*, 13(6), 448-450.
- ESPADINHA, A.; REIS, M. (1997). A colaboração escola/serviços. *Nursing*, 10, 31-34.
- FIGUEIREDO, M. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*, 5, 16-19.
- FONSECA, M. (2004). *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. (Tese de Mestrado)
- FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1 – Fevereiro: 32-50.
- FORTIN, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- GARRIDO, A. (2004). *A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. (Tese de Mestrado)
- GIL, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. S.Paulo: Editora Atlas.

- GINÉ et al. (2003). *Planificación y análisis de la práctica educativa: la secuencia formativa- fundamentos y aplicación*. Bracelona: Editorial Graó.
- GONÇALVES, M. (1995). Contributos para a articulação ensino-exercício: uma abordagem teórica. *Enfermagem em Foco*. Ano 5, 20, 40-46.
- HEARTFIELD, M.; GIBSON, T.; NASEL, D. (2005). *Mentoring Fact Sheets for Nursing in General Practice*. University of South Australia - Department of Health and Ageing. Austrália: Commonwealth.
- HENDERSON, V. (1994). *La naturaleza de la enfermaria. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HIGARASHI, H. (2003). *O estágio supervisionado de enfermagem como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação*. Doc www.ufscar.br/
- LONGARITO, C. (2002). O Ensino Clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.
- LOPES, B. (2006). *Representações dos enfermeiros e orientadores sobre o desenvolvimento de competências dos alunos no ensino clínico*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. (Tese de Mestrado)
- LUZ, M. (1996). Formação em Enfermagem, contexto e problemas da dualidade teoria/prática. *Enfermagem*. Lisboa, 2 (2), Abril/Junho, 35-44.
- KIRKPATRICK, H. et al. (1991). A collaborate model for the clinical education of baccalaureat nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 16 (1), Jan., 101-107.

- MACEDO, A. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Doc.www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pt, acedido em 16 de Março de 2009.
- MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto : Porto Editora.
- MARTIN, C. (1991). *Soigner pour apprendre – acquérir un savoir infirmier*. Paris : Loisir et Pedagogie.
- MAROY, C. (1997). Le partenariat : concept ou objet d’analyse? *Education Permanente*, 131, 29-36.
- MAZALON, E. (1997). Les partenariats école-entreprise dans l’alternance au Quebec : un état des recherches. *Education Permanente*, 131, 37-47. Paris
- MELO, A. (1998). Comunidade educativa e parcerias para o desenvolvimento sustentável. *Colóquio Educação e Sociedade*, 4, 141-149.
- NÓVOA, A. (1991). *A formação faz-se na produção (e não no consumo) do saber*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- NÓVOA, A. (1992a). *As organizações escolares em análise*. Lisboa: Pub. D. Quixote.
- NÓVOA, A. (1992b). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Pub. D. Quixote.
- NUNES, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência
- OLHICAS, H. (2007). *Supervisão Clínica em Enfermagem- Representações dos Enfermeiros Orientadores sobre a Construção e a Mobilização das suas competências no Âmbito dos Ensinos Clínicos*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).
- PARDAL, L. e CORREIA, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

- PERRENOUD, P. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: Dom Quixote.
- PINTO, C. (1995). *Colaboração escolas/serviços: a propósito das opiniões dos orientadores de alunos de enfermagem em ensino clínico*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa.
- PIRES, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Mestrado).
- POLETTI (1983). *Pourquoi faut-il reparler des valeurs professionnelles?* Paris: Centre Chrétien des Professions de Santé.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- REPE (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- RODRIGUES, M. (1993). *Valores a Promover no Curso de Bacharelato em Enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- RODRIGUES, M. (1999). *Metodologias de análises de necessidades de formação na formação contínua de professores: contributos para o seu estudo*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).
- ROLAND, F. (1993). L'alternance partenarial. *Éducation Permanente*, 115, 29-34.
- ROLDÃO, M. (1999). *Os professores e a gestão do currículo – Perspectivas e práticas em análise*. Porto: Porto Editora.

- SÁ-CHAVES, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Estudos Temáticos Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (2008). *Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão integrada no Mestrado em Supervisão 2007/2009*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- SANTOS, B. S. (1994). *Pela mão de Alice – o social na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- SANTOS, M. T. (1986). A investigação como um meio para desenvolver a relação docência – exercício de enfermagem. *Enfermagem*. Lisboa, 5 (6), Jul./Dez., 28-31.
- SILVA, A. S. (1990). *Educação para adultos – educação para o desenvolvimento*. Rio Tinto: Edições Asa.
- SILVA, D.; SILVA, E. (2004). *O ensino clínico na formação em enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos. Doc. www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8pdf, acedido em 8 de Dezembro de 2008.
- SIMÕES, J.; et al. (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: Três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 3-15.
- SOARES, I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.
- SOARES, C. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Mestrado).
- SCHÖN, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- SCHÖN, D. (1990). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

- TAVARES, J. e ALARCÃO, I. (2001). Paradigmas de Formação e Investigação no Ensino Superior para o terceiro Milénio. In: ALARCÃO, I. (org.) *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*, 97-114. Porto Alegre: Editora Artmed.
- VALA, J. (1989). A Análise de conteúdo. In: SILVA, A.; PINTO, J. (org.) *Metodologia das Ciências Sociais*, 101-126. Porto: Edições Afrontamento
- VASCONCELOS, E. (1992) - Receba bem o estagiário. *Formar*, 7, 28-31.
- VIDINHA, F. (2004). *Fundamentos de Enfermagem – o presente e o futuro*. Doc WWW. Url [<http://www.esenfptg.pt/fundamentos/Document/ensiclin.pdf>], acedido em 9 de Setembro de 2008.
- VIEIRA, F. (1993). *Supervisão: Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- VIEIRA, A.; Sá, M. (1998). *Experiências inovadoras no ensino: parcerias educativas*. Lisboa: I.I.E.
- WALKER, W.; KELLY, P.; HUME, R. (2002). *Mentoring for the new millennium*. Doc WWW. Url [<http://www.med-edonline.org>], acedido em 9 de Setembro de 2008.
- WONG, J.; WONG, S. (1987). Towards effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 16 (4), 505-513.
- ZAY, D. (1997). Le partenariat en éducation et en formation: émergence d’une notion transnationale ou d’un nouveau paradigme . *Education Permanente*, 131, 13-28.
- ZEICHNER, K. (1993). *A formação reflexiva dos professores : ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

Legislação consultada

- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1999). Portaria 799-D/99: Aprova o regulamento geral do Cursos de Licenciatura em Enfermagem. Lisboa: Diário da República I Série, 219.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Despacho 8/90: Determina a facilitação de campos de estágio de natureza e qualidade adequadas à formação de novos enfermeiros e permite a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes. Lisboa: Diário da República II Série, 64.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). Decreto-Lei n.º 104/98: Revê o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Lisboa: Diário da República I Série-A, 93.

Anexo I

Instrumento de colheita de dados – Guião das entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA – TUTORES

Tema: Processo de colaboração na formação dos estudantes em Ensino Clínico (EC)

Objectivo (s) Geral (ais): Caracterizar as experiências dos tutores no processo de supervisão dos EC

Caracterização do entrevistado: ■ **Género:** _____ ■ **Idade:** _____
■ **Habilitações Literárias:** _____
■ **Categoria Profissional:** _____
■ **Experiência Profissional:** _____ (anos)
■ **Experiência Pessoal de Tutoria:** _____ (EC)

Bloco Temático A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

Bloco Temático B – Processo de Supervisão em contexto de ensino clínico

Bloco Temático C – Adaptação entre a componente curricular e a componente prática

Bloco Temático D – Processo de Supervisão – conteúdos relevantes

Bloco Temático E – Organização dos EC

Bloco Temático F – Parcerias / Colaboração

Bloco Temático G – Finalização

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Exemplo de questões a colocar
A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimar a entrevista ▪ Motivar o entrevistado 	
B – Processo de Supervisão em contexto de ensino clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar as representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em EC ▪ Analisar a opinião dos inquiridos sobre a formação para supervisar os EC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como tem experienciado a sua função de tutor? 2. Quais são para si os principais desafios que coloca a supervisão dos EC? 3. Em que medida é necessário possuir formação específica em supervisão para desenvolver os processos de acompanhamento? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sim, qual e de quem deve ser a responsabilidade dessa formação? ▪ Considera que os tutores a possuem de um modo geral? 4. Como interagem os diversos intervenientes no processo de acompanhamento clínico (aluno, tutor, docente)?
C – Adaptação entre a componente curricular e a componente prática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a opinião que o tutor possui relativamente à articulação entre teoria e prática no contexto dos EC; ▪ Identificar estratégias de intervenção facilitadoras da transferência de conhecimentos para a prática; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que opinião possui sobre os conhecimentos teóricos que os alunos possuem antes de iniciar a experiência clínica? 2. Tem uma ideia sobre o que os alunos acham importante e obsoleto a nível da informação teórica? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual a sua opinião sobre esta matéria? 3. Até que ponto as escolas com que trabalhou se preocupam com esta relação entre teoria e prática? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Já alguma vez lhe foi solicitada uma opinião sobre esta temática? 4. Que estratégias são utilizadas na formação clínica para facilitar esta relação entre teoria e prática? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em que medida os alunos participam em momentos de formação em serviço? 5. Até que ponto utilizou exemplos na clínica para proceder a recomposições teóricas?

D – Processo de Supervisão – competências	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as dimensões mais valorizadas pelos tutores no desenvolvimento dos estudantes em EC ▪ Conhecer as estratégias utilizadas pelo tutor para promover o desenvolvimento de competências dos estudantes em EC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais os aspectos que valoriza mais no desenvolvimento do estudante em EC? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprendizagens significativas ▪ Reflexão / Pensamento crítico ▪ Pensamento ético <p style="text-align: center;">(Explicitar só se não forem referidas)</p> 2. Que estratégias usa para o desenvolvimento das competências referidas? 3. Considera que essas competências são também aquelas que são valorizadas pelos docentes? 4. Os conteúdos e a respectiva avaliação foram alvo de discussão com os alunos e com os docentes?
E – Organização dos EC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a perspectiva do tutor sobre a organização dos EC; ▪ Analisar as intervenções dos diferentes actores na organização dos EC; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que opinião tem relativamente à organização dos EC? 2. De que modo intervêm os diferentes actores no processo de planeamento e avaliação do EC? 3. Considera que nos últimos anos têm havido mudanças ao nível da prática de organização dos EC? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sim, quais e a que atribui essas mudanças?
F – Parcerias / Colaboração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a opinião dos inquiridos sobre os processos colaborativos no contexto da relação entre a escola e a organização de saúde; ▪ Identificar estratégias que possam enriquecer o espírito e a prática das parcerias; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. As escolas e as organizações de saúde possuem espaços de desenvolvimento conjunto, que podem proporcionar benefícios para ambas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Na sua perspectiva, este conceito de parceria existe na prática quotidiana? ▪ Na sua opinião, que tipos de colaboração podem estar previstos nestas parcerias? 2. Em que medida o processo supervisivo dos estudantes em EC se insere neste processo colaborativo?

		3. Que importância estas parcerias podem ter para as instituições (escolas e instituições de saúde) e para os diferentes actores (docentes, enfermeiros e estudantes)?
G – Finalização	▪ Terminar a entrevista	

_____ **Anexo II**

Pedido de autorização para a colheita de dados e respectiva autorização

Considerando o número
de entrevistas e a tendência
a aborrecer, não existe
obstáculo ao pedido desde
que as mesmas se realizem
em horários que não colidam
com os cuidados aos doentes.

Ao Ex Sr. Presidente do
Concelho de Administração dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

(Assinatura)
2009-08-05
Enfermeira Directora
H.U.C. - EPE

Catarina Isabel Geraldo Borges, Enfermeira Graduada a exercer funções nesta instituição desde Setembro de 2001, no serviço de Gastrenterologia – Internamento de Mulheres, encontra-se actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão, na Universidade de Aveiro, no âmbito do qual pretende desenvolver um trabalho de investigação que permita *compreender e caracterizar as vivências dos tutores no processo de supervisão dos ensinamentos clínicos de Enfermagem*, com o título “Parcerias na Tutoria dos Estudantes de Enfermagem: a complementaridade na formação”.

Neste contexto, vem solicitar a V. Ex.^a a autorização para realizar 12 entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros tutores, que tenham nos últimos três anos colaborado na orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico. Com o objectivo de manter as circunstâncias básicas, no que respeita ao contexto clínico, pondera seleccionar os 12 entrevistados nos quatro serviços de Medicina. As referidas entrevistas serão realizadas em momentos que não interfiram com a prestação dos cuidados de enfermagem.

Anexa, no sentido de proporcionar a avaliação pormenorizada do conteúdo das referidas entrevistas, o guião que elaborou para a realização das mesmas e, conforme solicitado, o parecer dos Exmos. Srs. Enfermeiros Chefes dos referidos serviços.

Ciente que será dispensada a atenção necessária, antecipadamente agradece.

Pede deferimento,

Coimbra, 5 de Agosto de 2009

Catarina Isabel Geraldo Borges

(Catarina Isabel Geraldo Borges)

1445

10 08 2009

Quadro de análise global dos dados colhidos

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Vivências dos Tutores	Experiência Gratificante		“...tem sido uma experiência boa para mim, em temos pessoais tem sido benéfica e tem sido enriquecedora...”	10	12
	Experiência Trabalhosa		“...é uma experiência em que exige muito do profissional de saúde, em que nós temos que nos dedicar muito...”	12	3
	Função Importante		“...é uma função importante; acho que alguém tem que a fazer, alguém tem que desempenhar esta função...”	7	2
Desafios	Contribuir para formar novos enfermeiros		“Para já, em primeiro lugar, é a formação dos alunos enquanto pessoas, que eles vão tratar de pessoas têm que ter uma formação mínima a nível pessoal, como pessoas que vão tratar de outras pessoas;...”	5	6
	Manter-se actualizado		“O grande desafio é precisamente nós mantermo-nos actualizados, quer em termos dos aspectos científicos da profissão até porque sabemos que está numa evolução continua...”	9	6
	Desempenho de várias funções simultaneamente		Exige um maior esforço da nossa parte, não é... nós estamos a fazer portanto o nosso trabalho, mas temos que estar a ver o que é que vai por trás... uma maior responsabilidade,	12	4

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Formação em Supervisão	Importância	Fundamental	“...eu acho que devia ser uma condição “sinequonon” as pessoas que são tutoras terem realmente formação nessa área; ... acho que a experiência não diz tudo e nós podemos ser excelentes profissionais... e no entanto enquanto pedagogos não termos as mesmas competências e não termos a mesma excelência ...acho que realmente é muito importante.	11	10
		Secundária	“...eu acho que não... a nossa postura como enfermeiros não iria, pelo menos eu falo por mim, não iria mudar,; o que poderia mudar realmente era ... ficaríamos mais despertos para as questões de avaliação ...não sei se também traria muitos contributos mas se calhar veríamos as coisas de uma outra forma.”	3	2
	Responsabilidade	Escola	“Eu acho que deveria ser das escolas. As escolas nunca deveriam deixar alunos vir para estágio sem garantir que os profissionais que estivessem na prática tivessem essa formação...”	1	6
		Instituição e/ou Escola	“Da instituição ou da escola, sem dúvida; da pessoa não. Neste momento não temos benefício nenhum; já é altruísmo, muito altruísmo ficar com alunos, fazer ainda formação por conta própria...”	4	3

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Formação em Supervisão (cont.)		Tripartida	“...a própria pessoa se realmente quer seguir a função de tutoria, não é, também tem que se empenhar ... portanto deve seguir esse caminho e investir nesse tipo de formação, mas acho que a instituição também deve ter um espaço aberto e permitir realmente essa formação. E a escola também...”	12	2
		Tutor	“Eu penso que será o tutor; tem que ter alguma auto-formação; tem que se empenhar para desempenhar esse papel.”	10	1
	Formação dos tutores	Alguns tutores com formação em Supervisão	“Daqueles que conheço, alguns considero que têm a formação mínima, outros necessitam de mais algum complemento.”	8	3
		Tutores sem formação em Supervisão	“Não; penso que não; pelo menos dos que eu conheço não. Não quer dizer que não se empenhem no desempenho dessa função, e que não façam um bom trabalho, mas penso que falta muitas vezes essa formação.”	9	9
Interacção dos intervenientes no processo de Supervisão	Há interacção		“...digamos que assim: nós conhecemos aquele que é o dossier de aprendizagem, os objectivos estabelecidos para o EC; conhece-o o tutor, conhece-o o docente e conhecem-o os alunos; discutimos sobre eles... digamos que em diversos momentos, o tutor com os alunos, o tutor com o professor para esclarecer.	8	1

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Interacção dos intervenientes no processo de Supervisão (cont.)	Há pouca interacção		“Essa interacção, .., resume-se a maior parte das vezes, em 99% das vezes, ao momento das avaliações.”	2	4
	A interacção á mais tutor/aluno		“Durante o estágio é o tutor que interage mais com o aluno... o docente permanece um pouco afastado... não costuma intervir muito... a menos quando é solicitado; aí sim vem cá e juntos resolvemos a questão. Mas normalmente é mais tutor-aluno.”	9	2
	A interacção depende dos intervenientes		“Depende muito do professor que está a orientar o aluno.”	3	5
Conhecimentos teóricos dos estudantes antes da experiência clínica	Bons conhecimentos teóricos		“...o que é certo é que eu noto que os alunos vêm mais bem preparados na parte da teórica. E na parte prática também, nomeadamente nos procedimentos...”	2	3
	Conhecimentos teóricos deficitários		“Ultimamente... nos últimos anos tenho notado que eles vêm mais mal preparados... o que... se tivermos em conta a maior facilidade no acesso à informação e até mesmo as melhores condições das escolas,... não se compreende muito que eles tragam determinadas lacunas. Mas tenho notado isso... que vêm pior preparados que há uns anos atrás.”	9	5
	Conhecimentos teóricos variáveis		“Eu já tive diversos alunos, portanto com diferentes níveis de experiência... isso depende muito dos EC anteriores.”	12	4

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

O que os estudantes verbalizam relativamente à formação teórica	Importante	Valorizam conteúdos práticos	“...eles valorizavam muito, as técnicas;... que eles verbalizam têm tido mais experiência em laboratório para fazerem os procedimentos e acabam por se sentirem um pouquinho mais à vontade na prática...”	4	5
	Obsoleto	Desvalorizam determinados conteúdos	“Queixam-se muito da biofísica porque são obrigados a decorar e a perceber... não perceber... porque eles acabam por não perceber, mas não é a aplicabilidade da prática porque ninguém percebe o contributo daquela disciplina para a nossa prática e é isso que eles dizem, muitas disciplinas eles não conseguem perceber o contributo, acham uma perda de tempo.”	1	4
		Discordam da carga horária atribuída	“... algumas cadeiras de ética e psicologia poderiam por exemplo ter menor carga teórica e serem dadas as coisas... mantendo o mesmo conteúdo mas dando menos horas ...”	11	1
	Não verbalizam		“Não,. eles não costumam ver balizar nada nesse sentido.”	9	7
Preocupação da escola relativamente à articulação Teoria/Prática	A escola preocupa-se		“...os docentes com quem tenho trabalhado, eles demonstram-se interessados em perceber portanto até que ponto estes factores estão inter-relacionados; nós também vamos dando sempre o nosso parecer...”	12	2

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Preocupação da escola relativamente à articulação Teoria/Prática (cont)	A escola preocupa-se mas não o suficiente		“As escolas preocupam-se pouco com a prática ... eles debitam a teoria na escola e depois a parte prática às vezes não é muito valorizada; penso que as escolas deveriam ter mais empenhamento em perceber a prática de hoje e o que se faz hoje; ... mas penso que as escolas deviam se aproximar mais das práticas, não viverem isolados das práticas de hoje.”	10	7
	A escola não se preocupa		“Eu acho que não se preocupam minimamente.”	1	2
	Não sei		“Se eles têm preocupação? Pois, não sei...”.	2	1
	Solicitam opinião dos tutores	Sim	“Já, já, já. ..com os docentes discutimos algumas questões até para... percebermos o que é que pode puxar ou não puxar, ... até da forma como avaliar eventualmente; se o estudante tem ou não tem competências científicas, se elas foram dadas e se ele as adquiriu. Tem havido... digamos que essa ponte.”	8	3
		Não	“Não, não. Sobre esta questão não.”	10	9
Estratégias Utilizadas pelos tutores para facilitar a articulação entre Teoria e Prática	Reflexão		“Essencialmente eu... a estratégia que eu mais utilizo é que eles pensem antes de executar e que reflectam sobre o que estão a fazer, não fazer por fazer mas o saber o porquê de cada uma das coisas;...”	6	7

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Estratégias Utilizadas pelos tutores para facilitar a articulação entre Teoria e Prática (cont.)	Questionamento e diálogo		“...à medida que o ensino se vai desenvolvendo no estágio vou fazendo algumas perguntas acerca das patologias, do que se está a passar com o doente, quais são os problemas que ele está a ter, o que nós podemos fazer para solucionar o problema, pronto...”	7	6
	Pesquisas		“Por vezes utilizo estratégias que façam pensar o aluno; não lhes dou a resposta, se eles não souberem, fazem uma investigação em casa... uma investigação sobre o tema em questão, depois no dia a seguir, se for um tema do interesse de todos, será discutido diante de todos para o aluno em causa partilhar os ganhos que obteve dessa... da pesquisa que fez...”	5	6
	Avaliação Diagnóstica e outras		“...primeiro ao iniciar qualquer processo, quando estou com o aluno nos primeiros dias, procuro avaliar o grau de conhecimentos dele e saber as experiências que já teve...”	1	5
	Participação dos estudantes na formação em serviço	Participam	Sim, sim, sim; sempre que há.	9	8
		Não participam	“Formação em termos de ... costumam mais fazer à base de posters, pronto, coisas para deixar no serviço; em termos mesmo de formação não têm feito, não têm feito.”	12	4

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Recurso a exemplos da clínica para proceder a recomposições teóricas	Muitas vezes		“Muitos... tento sempre... tento sempre criar situações reais e tentar retratar situações que tenham ocorrido ou que... ou mesmo durante o presente em que lhes possa fazer perceber a teoria e encaixar a teoria na prática. Tento sempre que possível isso.”	6	10
	Algumas vezes		“Às vezes, durante os cuidados que estamos a fazer ao doente; durante os cuidados que estamos a fazer ao doente é altura ideal para, além de comunicar com o doente, ver o que o aluno conhece da teórica para poder executar uma prática, ou se aquilo que está a executar, se tem alguma base teórica par o fazer;”	7	2
Aspectos mais valorizados pelo tutor no desenvolvimento do estudante em EC	Capacidade reflexiva		“...capacidade de eles reflectirem sobre as coisas, sobre o que fazem, porque fazem...”	4	3
	Competências pessoais e relacionais		“Eu penso que é o conjunto... são as competências psicossociais e, portanto a adaptação ao serviço, à equipa, a facilidade que têm em comunicar com os doentes, em estabelecer também diálogo com os próprios familiares....”	3	8
	Competências técnicas e científicas		“Valorizo um todo desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais. Digamos que há um todo que não se pode dissociar.”	8	5

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Aspectos mais valorizados pelo tutor no desenvolvimento do estudante em EC (cont.)	Postura e identidade profissional		“A postura enquanto futuro profissional... a postura de como é que ele vai ser enquanto futuro profissional; como é que se apresenta perante os utentes; como é que é a abordagem perante quer o doente quer os familiares, quer os outros profissionais de saúde; pronto, mais a questão da identidade profissional que eles estão a desenvolver.”	11	8
	Outras		“A capacidade de iniciativa e principalmente a evolução, porque se eu tiver um aluno que venha num patamar mais baixo do que um outro, mas se calhar o outro não evoluiu, não saiu daquele patamar, e o que veio num patamar mais baixo chegou mesmo a ultrapassa-lo... penso que esse é um aspecto muito importante a valorizar.”	5	8
Estratégias utilizadas pelo tutor no desenvolvimento das competências valorizadas	Reflexão		“...vou acompanhando, vou verificando e vou proporcionando momentos de reflexão e vamos avaliando, vamos vendo, vamos... digamos... orientando dessa forma ...”	8	8

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Estratégias utilizadas pelo tutor no desenvolvimento das competências valorizadas (cont.)	Diálogo e Questionamento		“As estratégias são sempre o questionamento e eles próprios se habituam a questionar-se sem eu estar a massacrá-los... é eles próprios habituarem-se a perguntarem-se porquê: “material para uma determinada...”, eu não vou lá... só no final, só quando eles têm o material ... “então o que é que... tens tudo? “	11	4
	Autonomia Progressiva		“A partir de uma certa altura tento deixá-los um pouco mais sozinhos para ver até que ponto eles se desenvolveram, para ver o grau de autonomia, portanto para ver até onde é que eles conseguem chegar.”	12	3
	Outros		“... uma das principais estratégias que, se calhar, eu utilizo é tentar-lhes ensinar o que eu sei que a escola nunca lhes vai ensinar, pronto... são pequenos truques, “	9	4
Concordância entre as competências valorizadas pelo tutor e pelo docente	Tutor e docente valorizam as mesmas competências		“...acho que sim, por aquilo que tenho também ouvido na escola ultimamente, em termos mesmo de experiência pessoal, acho que sim, acho que não estará muito longe do método que a escola deseja ou querará.”	6	7
	Tutor e docente não valorizam competências		“Não...a escola não pede para fazer reflexão; a escola pede para fazerem relatórios críticos de actividade..., a escola pede para fazer trabalhos, para fazer projectos, para fazer fichas de leitura, para fazer estudos de caso, mas não pede para tu fazeres uma reflexão da tua aprendizagens...”	1	2

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Concordância entre as competências valorizadas pelo tutor e pelo docente (cont.)	Há concordância em algumas competências valorizadas pelo tutor e pelo docente		“Nem sempre, nem sempre.... penso que eles valorizam sobretudo a parte académica ainda que considerem que os tutores, à partida, irão fazer esse desenvolvimento (<i>prático</i>).”	11	3
Discussão dos conteúdos e respectiva avaliação	Há discussão conjunta		“Sim, são feitos com ele momentos de discussão, com o aluno - tutor, aluno - tutor -docente e tutor - docente, nomeadamente naquilo que concerne aos dossiers de aprendizagem, naquilo que concerne aos estudos de caso, ou em relação às fichas que os alunos fazem; há de facto uma discussão em conjunto.”	8	8
	A discussão é mais entre o tutor e o estudante		“Isso depende muito do docente e às vezes da disponibilidade dele. Mas eu, por norma, costumo fazer, logo á partida, com o aluno, pronto; quer a discussão do plano de estágio, quer depois a avaliação do mesmo com base nos objectivos e nos conteúdos formativos; eu costumo fazer sempre com o aluno inicialmente e depois, claro, há sempre uma reunião nomeadamente no fim...em que estamos os três, eu, aluno e docente...”	12	4

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Perspectiva do tutor em relação à organização dos EC	Bem organizados		“Regra geral são bem organizados; existe neste momento um problema...Este aumento significativo do numero de estudantes nas escolas...Mas não tem propriamente a ver com a organização, tem a ver mais com a capacidade...”	8	2
	Poderia ser melhor		“Penso que têm havido algumas melhorias... tem havido ... se bem que... a escola deveria envolver-se mais, mas penso que já há uma aproximação dos docentes aos tutores, aos serviços; penso que está mais bem organizado agora.”	10	2
	Mal organizados		Eu acho que estão cada vez pior... este ano então...no meu serviço têm um horário que eu acho que é a coisa mais surreal: eles entram às oito da manhã ... e saem às duas da tarde e entram às duas da tarde e saem às oito da noite... isto para mim é surreal. Assistem à passagem de turno da manhã mas depois não fazem a passagem de turno da tarde, e não assistem à passagem de turno da tarde; não fazem registos, ou seja não promovem a continuidade de cuidados;... Depois os da manhã têm um professor, os da tarde já têm outro... isto é uma confusão... eu acho que, francamente está cada vez pior a organização dos EC.	1	6

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
Intervenção dos diversos actores no planeamento e avaliação dos EC	Não há mediação		“O tutor e os alunos penso que não têm um papel muito activo, será mais o docente e a própria escola que têm um papel activo na organização e planeamento dos EC. Os alunos chegam e já trazem o EC definido, com objectivos próprios e não haverá um papel activo tanto do aluno como do tutor.”	5	5
	Há alguma mediação		“O planeamento já vem pré-definido pela escola, portanto o tutor não intervêm muito... pode intervir e intervém no desenvolvimento do estágio e daquilo que está planeado mas guiando-se pelas normas definidas pela escola. Na avaliação já tem um papel digamos que mais activo; a avaliação é discutida entre o aluno, tutor e docente.”	9	7
Mudanças recentes a nível da organização dos EC	Não houve mudanças		“Não, penso que não.”	3	2
	Houve mudanças		“Têm... algumas para melhor outras para pior, sem dúvida nenhuma.”	10	10
	Origem das mudanças ocorridas	Relacionadas com a escola	“...o professor já não é aquele professor assíduo, tão assíduo como antes. A fusão trouxe algum afastamento; também os alunos são mais...”	10	10

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	UR	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	----	----

Mudanças recentes a nível da organização dos EC (cont.)	Origem das mudanças ocorridas (cont.)	Relacionadas com a IS	“Eu acho que... aquilo que eu acho... acho que o facto de serem pessoas mais novas a tutoriar;... foi uma mais valia para o processo quer de aprendizagem dos alunos, quer para a tutoria em si; acho que há pessoas mais novas e acho que é mais benéfico, não há tantos... alguns hábitos antigos... há sangue novo.”	6	5
Parcerias entre as escolas e as instituições de saúde na prática quotidiana	Existe alguma parceria		Eu acho que começa a ser mais preocupante isso, e que as pessoas estão a tentar investir um bocadinho mais nisso, para que haja parceria; mas acho que ainda não estamos se calhar naquilo que é pretendido.	11	5
	Não existe parceria		“Não, não existe. Mas acho que deveria existir. Acho que era muito importante.”	2	7
	Sugestões de parcerias úteis	Elaboração de protocolos	“Protocolos, mesmo a nível de trabalhos de investigação, principalmente na componente de investigação; penso que a escola poderá ter um papel muito activo e ir de encontro às necessidades das instituições.”	5	2

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

Parcerias entre as escolas e as instituições de saúde na prática quotidiana (cont.)	Sugestões de parcerias úteis (cont.)	Partilha de conhecimentos	“...poderia haver uma troca de informação entre as escolas e os hospitais, ou centros de saúde, porque a ciência está sempre a evoluir e se essa evolução chegasse aos enfermeiros, por vezes acaba por chegar através dos alunos, mas penso que a escola poderia fazer essa ligação.”	3	3
		Responsável no serviço pela supervisão	“...criar um responsável no serviço pela orientação, que ele próprio visse as formações, que organizasse um bocado outros possíveis orientadores e fizesse uma articulação com a escola... vamos todos ter formação, vamos todos fazer um trabalho conjunto com a escola, vamos dizer à escola o que é que achamos que deve mudar...”	1	1
		Troca de formação	“...eu penso que bastava passar por uma troca de formação;... ou seja, a escola forneceria formação...aos enfermeiros de determinado hospital e, por outro lado, receberia em troca a orientação dos alunos aos quais ela estava a dar formação.... a parceria essencial era haver troca de formação; nós dávamos formação prática e receberíamos formação teórica...”	9	6

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	UR	UE
Importância da parceria no processo supervisivo dos estudantes em EC	A supervisão é um processo colaborativo		“Obviamente, é um processo de colaboração; a escola com a instituição e a instituição com a escola no sentido do desenvolvimento do estudante em relação aos objectivos que ele tem e obviamente que também de desenvolvimento profissional dos profissionais que estão envolvidos no processo de tutoria e no processo de aprendizagem do aluno porque, quer queiramos quer não, ao formarmos o aluno é evidente que nos construímos a nós próprios...”	8	4
	Deveria ser um processo colaborativo mas não é		“Portanto eu acho que não há essa parceria; nós participamos sim, mas participamos quer de uma forma gratuita porque não temos o retorno do nosso trabalho, nem vimos nenhuma valorização da escola; a valorização... a única valorização que a escola nos dá é realmente o certificado que comprova que nós orientamos o aluno, mais nada... quer o tenhamos feito bem ou mal.”	1	8
Importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes	Os estudantes seriam os grandes beneficiários		“Se realmente existisse o aluno seria o grande beneficiado; para já o profissional de saúde estaria mais apto, mais a par do que se passa em termos dos conteúdos fornecidos pela escola aos alunos;... e por outro lado se calhar estaríamos mais actualizados também de algumas práticas e eles também porque há coisas que eles ensinam lá que já não se faz...”	7	3

DOMINIOS	CATEGORIAS	SUB- CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	NºO	UE
----------	------------	----------------	------------------------------------	-----	----

<p>Importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes</p> <p>(cont.)</p>	<p>Todos os intervenientes sairiam beneficiados</p>		<p>“Eu penso que toda a gente teria a ganhar com isto,...o que nós pretendemos é que os enfermeiros de hoje sejam mais capazes, mais responsáveis, mais conhecedores; tenham capacidade de reflexão, e com estas...parcerias, todos ficaríamos a ganhar, o professor, os profissionais, os alunos, as escolas, as instituições; todos ficaríamos a ganhar porque conseguiríamos ter uma enfermagem melhor;...isso só se consegue com esta dinâmica e com o envolvimento de toda a gente.”</p>	10	9
---	---	--	---	----	---